

**INAUGURAL-DISSERTATION ZUR ERLANGUNG DER  
DOKTORWÜRDE DER PHILOSOPHIE (DR. PHIL.)  
DES FACHBEREICHES ERZIEHUNGSWISSENSCHAFTEN DER  
PHILIPPS-UNIVERSITÄT MARBURG**

**ANSTIFTUNG ZUR HEITEREN GELASSENHEIT.**

**UND:**

**VOM ERNSTHAFTEN VERSUCH EINER EVIDENZBASIERTEN STUDIE  
ZUM HUMOR IN DER SUCHTHILFE.**

**VERFASST VON**

**SABINE LINK, DIPL. SOZ. ARB. /PÄD. (FH)**

**GEB. IN KOBLENZ**

**ERSTGUTACHTER: PROF. DR. KARL BÖNNER**

**ZWEITGUTACHTER: PROF. DR. ECKHARD ROHRMANN**

**EINGEREICHT AM: 19.12.2013**

**PRÜFUNGSTERMIN: 30.06.2014**

**ERSCHEINUNGSORT UND –JAHR: MARBURG/LAHN, 2014**

**Hochschulkennziffer: 1180**

# Inhaltsverzeichnis

<b>Danksagung .....</b>	<b>5</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>7</b>
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>8</b>
<b>2. Theoretische Hintergründe .....</b>	<b>12</b>
2.1 Phänomen Sucht.....	12
2.1.1 Definition des Suchtbegriffs.....	12
2.1.2 Erklärungsansätze zur Entstehung und Aufrechterhaltung süchtigen Verhaltens .....	15
Exkurs 1: Philosophischer Ansatz zur Erklärung der Sucht.....	25
2.2 Aufgaben der Suchthilfe und Ziele der Rehabilitation.....	26
2.2.1 Aufgaben der Suchthilfe .....	26
2.2.2 Ziele der Rehabilitation.....	29
2.3 Phänomen Humor .....	40
2.3.1 Definition des Humorbegriffs .....	40
2.3.2 Erklärungsansätze.....	45
Exkurs 2: Zur Kunst des Lachens.....	48
2.3.3 Wirkungen des Humors .....	53
2.3.4 Gegenwärtiger Humorbegriff .....	56
2.3.5 Das State-Trait-Modell der Erheiterbarkeit .....	58
<b>3. Stand der Forschung.....</b>	<b>61</b>
3.1 Stand der Suchtforschung .....	61
3.1.1 Bereiche der Suchtforschung .....	65
3.1.2 Effektivität der stationären Behandlung .....	69



Exkurs 3: Zu den Absurditäten in der Suchtforschung .....	70
3.2 Stand der Humorforschung .....	72
<b>4. Humor in der Suchthilfe .....</b>	<b>83</b>
4.1 Humor und Suchthilfe .....	83
4.2 Humor in der Suchthilfe .....	91
Exkurs 4: Zur Bedeutung des Humors als Resilienzfaktor .....	94
<b>5. Untersuchungsdesign.....</b>	<b>100</b>
5.1 Begründung des Forschungsinteresses .....	100
5.2 Hypothesen der Forschungsarbeit .....	102
5.3 Beschreibung der Einrichtungen .....	105
5.3.1 AHG ambulante Nachsorge, Koblenz.....	106
5.3.2 Kliniken Wied.....	107
5.3.3 Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach .....	108
5.4 Methodisches Vorgehen.....	111
5.4.1 Geplantes methodisches Vorgehen .....	111
5.4.2 Tatsächliches methodisches Vorgehen .....	112
5.5 Inhaltliches Vorgehen .....	114
5.6 Messinstrumente .....	119
Exkurs 5: Zur Messung und Quantifizierung von Persönlichkeits- merkmalen.....	120
5.7 Auswertungsmethodik .....	126
5.8 Einschränkungen.....	126
<b>6. Untersuchungsergebnisse .....</b>	<b>128</b>
<b>7. Diskussion und Fazit.....</b>	<b>163</b>

<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>173</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>174</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>179</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>193</b>
Humor-Sensibilisierungs-Programm .....	194
Aushang .....	1
Untersuchungsergebnisse .....	316
Messinstrumente .....	339
Eidesstattliche Versicherung .....	363

## Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen, die mich bei der Anfertigung dieser Arbeit unterstützt haben, bedanken.

Insbesondere möchte ich mich bei meinem Betreuer und Erstgutachter, Herrn Prof. Dr. Karl Bönner, für die fachliche, freundliche und motivierende Unterstützung und Begleitung meiner Arbeit bedanken. Mein weiterer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Eckhard Rohrmann für die Übernahme des Zweitgutachtens.

Für die stets kritische und konstruktive Beratung danke ich dem Promotionskolloquium der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit, dem Doktorandenkolloquium des Forschungszentrums der Hochschule Koblenz und dem Promovendinnenkolleg des Mentoringprogramms der Hochschule Koblenz. Ein weiterer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Werner Voß von der Ruhr-Universität Bochum, der mich sehr geduldig in den Fragen der Statistik beraten hat. Ebenfalls danken möchte ich Herrn Prof. Dr. Rainer Ningel von der Hochschule Koblenz sowie Herrn Beat Hänni als Präsident von HumorCare Schweiz und besonderem Weggefährten, der mir stets motivierend zur Seite stand. Und natürlich danke ich auch meinen Korrekturlesern.

Besonderer Dank gilt meiner Familie und meiner besten Freundin Frau Maria Andreacchi, die mich insbesondere in kritischen Phasen während der Anfertigung der Dissertation unterstützt und begleitet haben. Bedanken möchte ich mich auch bei Herrn Uwe Frentzel-Beyme, der mir vor allem in den letzten sechs Monaten sehr humorvoll den Rücken stärkte.

Ebenso danken möchte ich den Rehabilitanden, Einrichtungsleitern und Fachkräften folgender Einrichtungen, ohne deren Vertrauen die Realisierung dieser Arbeit nicht möglich gewesen wäre:

- AHG Gesundheitsdienste, Koblenz: Ambulante Tagesrehabilitation
- Kliniken Wied, Wied: Medizinische Rehabilitation
- Rhein-Mosel-Fachklinik, Andernach: Station Haus Martinsberg.

„Zu jeder bedeutenden Tat gehört eine gewisse Naivität, um nicht vor der Größe des Vorhabens zurückzuschrecken.“

Elsa Rentrop

## Abkürzungsverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften	AWMF
Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation	BAR
Bundesministerium für Bildung und Forschung	BMBF
Bundesministerium für Jugend Familie, Frauen und Gesundheit	BMJFFG
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	BZgA
Betäubungsmittelgesetz	BtmG
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften	DGRW
Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe	DG SAS
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie	DGSS
Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren	DHS
Deutsche Rentenversicherung	DRV
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	DSM
Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V.	FDR
Fachverband Sucht e.V.	FVS
Humor-Sensibilisierungs-Programm	HSP
International Classification of Diseases	ICD
International Classification of Functioning, Disability and Health	ICF
Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen	MFJFG
Oxford English Dictionary	OED
Randomized Controlled Trial	RCT
Sense of Coherence	SoC
Statistical Package for the Social Sciences	SPSS
Technische Universität Dresden	TUD
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger	VDR
Versuchsgruppe	VG
Weltgesundheitsorganisation	WHO
Zentralinstitut für Klinische Gesundheit	ZI

# 1. Einleitung

„Man liebt das, wofür man sich müht, und man müht sich für das, was man liebt.“

Erich Fromm (1900-1980), amerikanischer Psychoanalytiker deutscher Herkunft

Die vorliegende Dissertation ist das Ergebnis der Entwicklung von Hypothesen, die empirisch überprüft wurden. Ziel ist es, die gesellschaftlich verankerten Phänomene<sup>1</sup> Humor und Sucht<sup>2</sup> miteinander zu verbinden und die für diese Arbeit zentrale Fragestellung zu beantworten, ob Humor und heitere Gelassenheit eine wirkungsvolle und damit angezeigte Interventionsform bei Menschen mit einer Suchterkrankung sein können.<sup>3</sup>

In dem umfassenden Bereich der Suchthilfe<sup>4</sup> wird versucht, Suchthintergründe aufzudecken und diese zu thematisieren. Das kann zu einer Problemfokussierenden Haltung führen. Defizitaussagen stellen oft nicht nur abwertend die bestehenden Probleme fest, sondern sie vernachlässigen auch die vorhandenen Ressourcen. Vernachlässigt wird häufiger, dass jedes suchtauffällige Verhalten auch Zeiten und Situationen aufzeigt, in denen das Konsumverlangen zumindest eine Zeit lang überwunden werden konnte oder in der weniger, anders oder gar nicht konsumiert wurde. Diese Ressource muss wahrgenommen und genutzt werden. Auch Humor ist eine menschliche, lebensbejahende und gesundheitsfördernde Ressource.

Die Behandlungsziele der Suchthilfe sind überwiegend abstinenzorientiert. Der Zusammenhang von Suchterkrankungen und Störungen in der (Stress-)

---

<sup>1</sup> „Unter Phänomen ist das Seiende verstanden, wie es vom Bewusstsein gemeint ist. Jede Erfahrung und jeder Denkkakt setzt einen Meinungssinn voraus (das Seiende, gemeint als Wahrnehmungsding, Erinnerungsgegenstand usw.), der als bestimmt gestaltete Intentionalität eine jeweilige Gesetzmäßigkeit (...) begründet“ (Biemel 1972, S. 296 f.).

<sup>2</sup> Den Begriff der Drogensucht definierte die Weltgesundheitsorganisation (im Weiteren WHO) im Jahr 1950. Er wurde 1964 durch die WHO ersetzt durch Drogenabhängigkeit (vgl. WHO 1964, S. 9). In der Alltagssprache herrscht trotz der festgelegten Bezeichnung der Suchtbegriff vor (vgl. Grüsser & Thalemann 2006, S. 16).

<sup>3</sup> Zur Fachlichkeit in der Suchthilfe werden die Gender-Mainstreaming- und Diversity-Management-Prinzipien vorausgesetzt. Im Folgenden wird auf eine Differenzierung hinsichtlich Gender Mainstreaming und Diversity-Management verzichtet.

<sup>4</sup> Unter Suchthilfe werden in dieser Arbeit sowohl die Leistungen der Sozialen Arbeit als auch der Suchttherapie subsumiert.

Bewältigungsregulation findet in den indikativen Angeboten<sup>5</sup> der Behandlungskonzepte der Suchthilfe Berücksichtigung (vgl. Behandlungskonzepte Kliniken Wied, AHG Gesundheitsdienste, Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach). Es besteht unter Anbetracht der komplexen Lösungsbedarfe suchtkranker Menschen, aber auch im Hinblick auf die Folgekosten für das Gesundheitssystem ein erheblicher Forschungsbedarf in der Entwicklung manualisierter ressourcenorientierter Indikationsansätze in der Suchtbehandlung (vgl. Fachverband Sucht e. V. 2012, S.78; im Weiteren FVS<sup>6</sup>). In einer Reihe von Publikationen wird zum einen die zentrale Bedeutung von (Stress-)Bewältigungsprozessen im Suchtgeschehen gezeigt (vgl. u. a. Kastner & Silbereisen 1985; Wills 1990; Fischer 2006; Feuerlein & Dittmar 1989), zum anderen erfährt der Humor beim Einsatz in therapeutischen Settings einen stets steigenden Stellenwert (vgl. u. a. Falkenberg et al. 2010; Falkenberg et al. 2009; Hirsch & Ruch 2010; Hirsch et al. 2010; Walter et al. 2007).

***Zur Bedeutung des Humors in der Arbeit mit suchtkranken Menschen liegen bislang keine Untersuchungen vor. Die vorliegende Dissertation leistet damit einen Beitrag zur Füllung dieser Lücke in der Suchthilfe.***

Ziel der Dissertation ist die Untersuchung und damit einhergehend die Beantwortung der zentralen Fragestellung, ob Humor und heitere Gelassenheit in einem suchtttherapeutischen Setting eine wirkungsvolle und damit angezeigte Interventionsform bei Menschen mit einer Suchterkrankung darstellen, d. h. eine Stärkung des Sinnes für Humor als Bewältigungsstrategie durch entsprechende Interventionen (Humor-Sensibilisierungs-Programm – im Weiteren HSP in Anlehnung an McGhee) erreicht werden kann.

---

<sup>5</sup> „Bei der Programmentwicklung und Programmevaluation haben Fragestellungen differentieller Indikation besonderes Gewicht (Bönner, 1983, 1987; Bühringer, 1983; Küfner, Feuerlein und Floherschütz, 1986; Missel & Zemlin, 1986a; Kanfer, 1987; Süß, 1987). Der Behandlungsplan wird über basistherapeutische Programme (...) sowie indikative Therapie (psychotherapeutisches Curriculum indikativer Gruppen) verfolgt“ (Missel & Braukmann 1991, S. 94 f.).

<sup>6</sup> Der Fachverband Sucht e. V. ist seit 1976 bundesweit tätig. Er „verfolgt das Ziel, geeignete Maßnahmen zu fördern, die ein suchtfreies Leben ermöglichen und sich gegen die Entstehung, Aufrechterhaltung und Folgen von Sucht richten. (...) Der Verband widmet sich vorrangig der Qualitätssicherung bestehender und zukünftiger Behandlungsangebote sowie dem Wirksamkeitsnachweis präventiver Maßnahmen“ (FVS 2012, S. 6).

Die Beantwortung dieser Fragestellung ist von Relevanz für die zukünftige Erweiterung des indikativen Angebotes in der Behandlung suchtkranker Menschen; sie soll jedoch darüber hinaus zu einem verbesserten Verständnis für Humor und heitere Gelassenheit in der Suchthilfe beitragen.

Im Verlauf des Forschungsprozesses entwickelte sich aufgrund der Umsetzungserfahrungen eine weitere Fragestellung:

*Inwieweit kann der Forderung nach evidenzbasierter Forschung in der Suchthilfe Folge geleistet werden?*

Diese Fragestellung wird im Forschungsteil sowie im Schlussteil dieser Dissertation aufgegriffen und diskutiert.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in sieben Kapitel:



Abbildung 1: Aufbau der Dissertationsarbeit

Die **theoretischen Hintergründe** zur Entstehung und Aufrechterhaltung süchtigen Verhaltens werden in **Kapitel 1** betrachtet und durch eine erste Darstellung des Phänomens ergänzt. In einem weiteren Schritt werden die Arbeitsdefinitionen für die vorliegende Dissertation abgeleitet.

In **Kapitel 2** wird jeweils der **Stand der Forschung** im Bereich der Suchthilfe und des Humors beschrieben. In beiden Bereichen werden medizinische, neurobiologische und therapeutische Untersuchungen angestrebt. Beide Forschungsdisziplinen sind relativ jung und verfolgen jeweils das Ziel, neue Erkenntnisse für Diagnose (in der Suchthilfe) und die Behandlung von Menschen zu gewinnen.



Die Zusammenführung der beiden Phänomene Humor und Sucht steht in **Kapitel 3** im Vordergrund. Es wird deutlich, dass der bewusste Einsatz von **Humor in der Suchthilfe** wirkungsvoll und damit angezeigt sein kann und eine erste Untersuchung hierzu daher unerlässlich ist.

**Kapitel 4** dient der **Darstellung des Untersuchungsdesigns** und der damit verbundenen Herausforderungen, Möglichkeiten und Grenzen in der Umsetzung der Forschungsarbeit. Ausgehend vom salutogenetischen Gesundheitsverständnis, von einem entwicklungspsychologischen Erklärungsansatz zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Suchtverhalten, von Erkenntnissen zur Effektivität indikativer Interventionsformen in der Suchthilfe und den daraus folgenden methodischen Konsequenzen, werden die Grundlagen und die Zielvorstellungen eines modular aufgebauten Interventionsprogramms zur Förderung und Stärkung des Sinnes für Humor als Emotionsregulations- und (Stress-)Bewältigungs-Kompetenz vorgestellt. Die Entwicklung der zentralen Fragestellung und die Ableitung der Hypothesen werden das Kapitel abschließen.

Auf der Basis der empirischen Untersuchung werden in **Kapitel 5** die **Untersuchungsergebnisse** aus der Umsetzung des „Manuals zur Sensibilisierung, Stärkung und Verbesserung des Sinnes für Humor“ (Link in Anlehnung an McGhee) bei Suchtkranken in unterschiedlichen suchththerapeutischen Settings vorgestellt und interpretiert.

Im Schlusskapitel **Diskussion und Fazit** werden abschließend die Ergebnisse diskutiert sowie Handlungsempfehlungen für die Suchthilfe ausgesprochen.

## 2. Theoretische Hintergründe



„Eine gute Theorie ist das Praktischste, was es gibt.“

Gustav Robert Kirchhoff (1827-1887), deutscher Physiker

### 2.1 Phänomen Sucht

#### 2.1.1 Definition des Suchtbegriffs

Eine Vielfalt unterschiedlicher Suchtdefinitionen, eine große Zahl verwandter Begriffe – jeweils verbunden mit der Problematik ihrer Abgrenzung – sowie inter- und intradisziplinär fehlende Übereinstimmungen bei der Suchtproblematik prägen die Suchthilfe (vgl. Rumpf 2012, S. 81).

Seit dem Urteil des Bundessozialgerichtes aus dem Jahr 1968 ist Sucht als Krankheit im medizinischen Sinne anerkannt. In dem Grundsatzurteil von 1968 orientiert sich die Recht sprechende Instanz am Leitbild des gesunden Menschen<sup>7</sup>. Zuvor wurde süchtiges Verhalten „als moralische Entgleisung, als Ausdruck von Charakter- und Willensschwäche“ (Lempke 1990, S. 18) gesehen. Süchtiges Verhalten galt „als Störung im rechten Sittlichkeits- und Sozialverhalten“ (ebd.), als individuelle Willensschwäche, deren Behebung nicht in den Aufgabenbereich der Medizin fiel; medizinisch angezeigte Interventionen hatten daher keine Relevanz. Vielmehr wurde „auf Abhängigkeit (...) mit gesellschaftlich bestimmten Reaktionen geantwortet: Die Behandlungs- und

<sup>7</sup> „Das Leitbild des gesunden Menschen wurzelt in einem abstrakt-idealtypisch entworfenen Menschenbild, das (den) Menschen, an dem alles dran ist und alles funktioniert und der keine Einbußen an Wohlbefinden erleidet, zum Maße des Menschen erklärt“ (Grewel 1990, S. 41).

Eine gesetzliche Definition des Krankheitsbegriffes existiert nicht. Die Definition obliegt vielmehr der Rechtssprechung, die Krankheitsbegriffe dynamisch definiert. Demnach „liegt eine Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung dann vor, wenn ein regelwidriger Körper- und Geisteszustand besteht, der behandlungswürdig ist und/oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat“ (Schimmelpfeng-Schütte 2010, S. 63).

Umgangsformen waren erzieherisch, moralisierend und sanktionierend, sozial strafend und kirchlich mahnend“ (Grüsser & Thalemann 2006, S. 16).

Der Begriff der Sucht, der früher allgemeine Krankheiten beschrieb, wurde sowohl für (Fehl-)Verhaltensweisen<sup>8</sup> als auch für spezifische Krankheiten sowie für den Missbrauch von Stoffen verwandt.

Im Jahr 1981 fand der Ansatz therapeutischer/medizinischer Interventionen, insbesondere bei Konsumenten illegaler Substanzen<sup>9</sup>, in Deutschland durch die Novellierung des Betäubungsmittelgesetzes (im Weiteren BtMG) erstmals Anwendung. Im weltweit angewandten Klassifikationssystem der psychischen Störungen „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (im Weiteren DSM) tauchte der Begriff bis 2013 im Zusammenhang mit der Suchtproblematik nicht auf (Oberbegriff: Substanzbezogene Störungen). In der neuesten Fassung des DSM 5 werden die „Substanzbezogene(n) Störungen“ durch die neue Bezeichnung „Sucht und zugehörige Störungen“ abgelöst (vgl. Rumpf & Kiefer 2011). In der 10. Ausgabe der internationalen Diagnosen der WHO „International Classification of Diseases“ (im Weiteren ICD-10) wird dagegen von „Psychischer Störung“ gesprochen (vgl. Lempke, 1990).<sup>10</sup>

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (im weiteren BAR) definiert Abhängigkeit folgendermaßen: „Abhängig ist ein Mensch, der über längere Zeit einen zwanghaften Drang nach dem Konsum einer psychotropen Substanz folgt, der er nicht widerstehen kann, die sein ganzes Leben wesentlich bestimmt und die für ihn zum Suchtmittel wird“ (BAR 1996, S. 16 ff.).

Die Autorenschaft der BAR geht davon aus, dass sich die reine körperliche Abhängigkeit zeitlich überschaubar mit medizinischen Mitteln erfolgreich behandeln lässt. In der Behandlung und Rehabilitation des Suchtkranken stellt die psychische Abhängigkeit die komplexere Aufgabe dar. Sie schließt die überdauernde Möglichkeit zu Rückfällen ein. Solange die Betroffenen abstinent

---

<sup>8</sup> Für den Psychiatriekritiker Szasz sind die Patienten der Psychiatrie heute noch „größtenteils faule, unproduktive Schmarotzer wohlfahrtsstaatlicher Versorgung oder Kriminelle, deren Faulheit und Zügellosigkeit sich als Krankheit tarnt“ (Szasz zit. in Rohrmann 2011, S. 230). Die Wahrheit sei, „dass manche Menschen es vorziehen, ihr Geld nicht für eine Behausung aufzuwenden (sondern vielleicht lieber für den Kauf von Drogen), dass sie es ablehnen, bei Familienmitgliedern zu wohnen, die bereit wären sie aufzunehmen, und ein Leben in psychischer Krankheit, Verbrechen und Landstreicherei bevorzugen“ (ebd., S. 231).

<sup>9</sup> Unter dem Begriff Substanzen werden in der vorliegenden Arbeit psychotrope Substanzen und Alkohol subsumiert.

<sup>10</sup> Wesentliches Unterscheidungsmerkmal zwischen den beiden Klassifikationssystemen stellt das im DSM 5 nahezu bei jeder Störung aufgeführte Eingangskriterium dar, das wie folgt beschrieben wird: „Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Funktionsbereichen“ (Saß et al. 2003, S. XII). ICD-10 versucht grundsätzlich, psychosoziale Kriterien bei der Erstellung der Diagnose zu vermeiden (vgl. ebd.).

leben, bleibt die Erkrankung im latenten Stadium. Daher ist es ein wesentliches Ziel der Rehabilitation, suchtkranken Menschen zu helfen, die persönlichen und sozialen Voraussetzungen zu schaffen, ein Leben lang abstinent leben zu können (vgl. S. 17).

Mit der menschlichen Kulturgeschichte ist der Konsum psychotroper Substanzen seit Tausenden von Jahren verbunden. Entwickelt sich daraus süchtiges Verhalten, „liegen diesem komplexe psychisch-körperliche Ursachen zugrunde, die gemeinsam berücksichtigt werden müssen, um eine individualisierte Behandlung zu entwickeln, umzusetzen und den Betroffenen die gesellschaftliche Teilhabe zu gewähren. Diese gleichermaßen wichtige Erkenntnis und Forderung ist im bio-psycho-sozialen Modell zusammengefasst“ (Kuhlmann 2011, S. 7).<sup>11</sup>

Suchterkrankungen zählen zu den psychischen Erkrankungen. Diese werden nach den Kriterien der ICD diagnostiziert und kurativ behandelt. Suchterkrankungen beeinträchtigen die Teilhabe am Arbeitsleben und/oder am Leben in der Gesellschaft. Daraus resultiert das sozial-medizinische Ziel der „Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit“. Es hat sich in der Psychiatrie bewährt, das biologisch-medizinisch begründete kurative Handeln um psychosoziale Aspekte zu erweitern und einer ganzheitlicheren Betrachtung zuzuführen. Die WHO hat diesen Aspekt aufgegriffen und das Konzept der International Classification of Functioning, Disability and Health (im Weiteren ICF) entwickelt, um die bio-psycho-soziale Dimension differenziert zu erfassen und für die Praxis zu nutzen. Es ist als Ergänzung zur ICD zu verstehen, in der die Krankheiten, nicht aber die Krankheitsfolgen – also die Auswirkungen der Krankheit auf das Leben des einzelnen Menschen –, abgebildet werden. Diese Krankheitsfolgen sind jedoch entscheidend für die Beantwortung der Frage, welcher Hilfen ein z.B. suchtkranker Mensch bedarf.

Dieser Bedarf lässt sich mittels ICF differenziert bestimmen und ermöglicht darüber hinaus internationale Vergleiche. Man orientiert sich dabei am gesunden Menschen. Mithilfe der ICF wird die personale Ebene erfasst und damit die subjektive Sicht des Suchtkranken. Diese Vorgehensweise trägt

---

<sup>11</sup> Zur „Individualisierung der Behandlung“ siehe Bönner 2002, S. 238 ff.

maßgeblich dazu bei, bei den betroffenen Menschen selbst ein bio-psycho-soziales Verständnis der Krankheit und der mehrdimensionalen Behandlung zu fördern. Die Denkweise der ICF wird zukünftig das diagnostische und therapeutische Handeln auf allen Versorgungsebenen stärker prägen.

Die Arbeit mit Suchtkranken wird von zwei nicht voneinander zu trennenden Aspekten – der Teilhabe und der Ressourcen – bestimmt, um die gesellschaftliche Teilhabe mittels sozialer Reintegration zu ermöglichen. Zu berücksichtigen ist, dass jeder Mensch – unabhängig von seiner Lebensgeschichte Stärken – und Schwächen hat. Erfolgreiche langfristige Überlebens- und Veränderungsbemühungen gelingen, auch in der Arbeit mit Suchtkranken, durch die Nutzung und Stärkung der Ressourcen unter Berücksichtigung der Schwächen. Die ICF ist daher als Instrument zu verstehen, die „praktische Arbeit und das Hilfesystem stärker ressourcenorientiert auszurichten“ (Kuhlmann 2011, S. 7).

### **2.1.2 Erklärungsansätze zur Entstehung und Aufrechterhaltung süchtigen Verhaltens**

Zahlreiche Theorien und Erklärungsansätze beschreiben die Genese und Aufrechterhaltung der Sucht. Eine Übersicht von Lettieri und Welz (1983) zeigt 38 Ursachenkonzepte (vgl. Künzel-Böhmer 1993, S. 13).

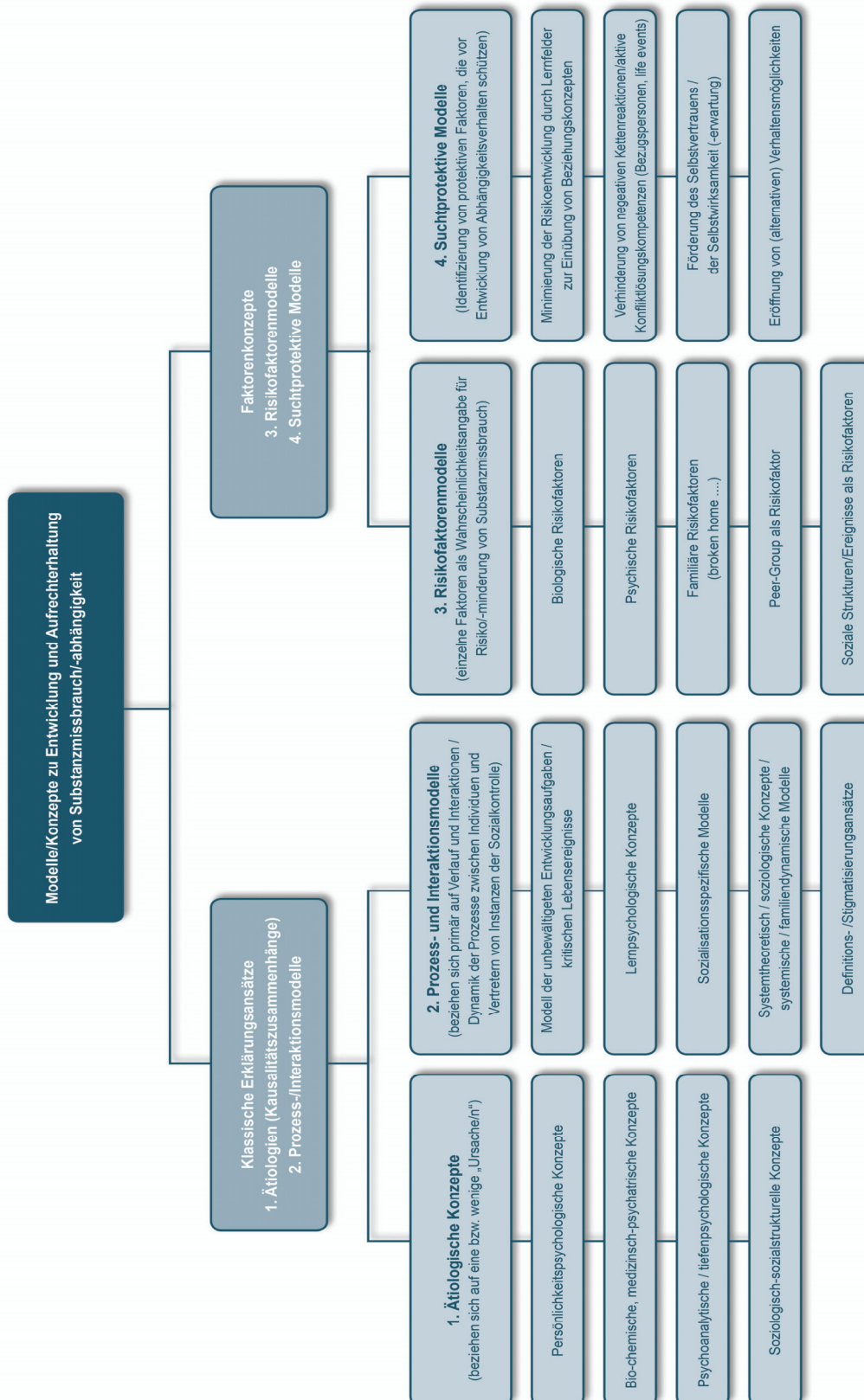


Abbildung 2: Modelle und Konzepte zur Entwicklung und Aufrechterhaltung süchtigen Verhaltens

Die Autoren konstatieren, dass ein Erklärungsversuch keine allgemeine Gültigkeit besitzt, sondern jeweils einen Teilaspekt der Sucht darstellt. Es wird heute davon ausgegangen, dass es keine eindeutige, kausale Bedingung für abhängiges Verhalten gibt. Risiko- und Schutzfaktorenmodelle<sup>12</sup> weisen Faktoren auf, die sowohl Sucht fördernd als auch Sucht verhindernd wirken können.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird das den Interaktionsorientierten **Konzepten** zugehörige **Entwicklungspsychologische Modell** näher skizziert, da es für die weitere Bearbeitung der Thematik bedeutsam ist.

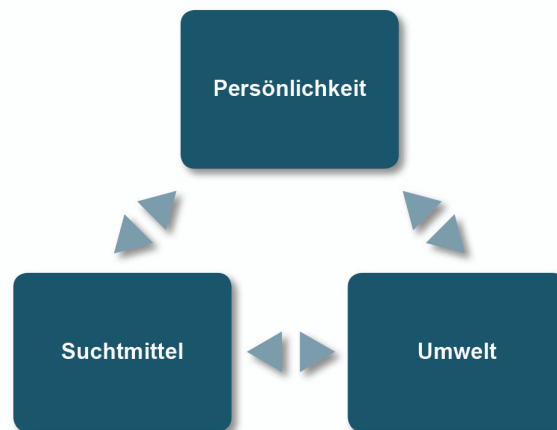
Geht man bei dem in dieser Arbeit nicht näher betrachteten medizinischen Krankheitsmodell davon aus, dass Abhängige Menschen sind, die aufgrund biologischer Bedingungen die Kontrolle über den Konsum verlieren, so basieren die folgenden Konzepte auf der Annahme, dass süchtiges Verhalten auf einer Interaktion zwischen Individuum, Umwelt und Suchtmittel beruht.

### **Interaktionsorientierte Konzepte**

Zur Gruppe der interaktionsorientierten Modelle gehören das bio-psycho-soziale Konzept, lernpsychologische und entwicklungspsychologische Konzepte sowie sozialpsychologische, soziologische und sozialisationstheoretische Ansätze (vgl. Künzel-Böhmer, S. 16 ff.). Süchtiges Verhalten stellt innerhalb der hier zu betrachtenden Konzepte stets eine Interaktion zwischen Persönlichkeit (biologische und psychische Faktoren), Umwelt (soziale Faktoren) und Suchtmittel respektive Suchtverhalten dar, wie die Abbildung 3 zeigt:

---

<sup>12</sup> Auf die weitere Darstellung des Risiko- und Schutzfaktorenmodells wird in dieser Arbeit verzichtet.



**Abbildung 3: Das Drei-Faktoren-Modell der Sucht**  
(vgl. Feuerlein & Dittmar 1989, S. 40)

Auch Freud hat zu Beginn des 20. Jahrhunderts mit einigen „verstreuten Bemerkungen“ versucht, die individuelle Dynamik der Alkohol- und Drogenabhängigkeit aus psychoanalytischer Sicht zu erfassen, „ohne die gesellschaftlichen Faktoren von Sucht und Mißbrauch zu verleugnen und zu bagatellisieren“ (Burian 1984, S. 163 f.).

Sucht gilt also nicht nur als eine Folge individuellen Verhaltens, sondern auch von äußeren Einflüssen. Prägend wirken die familiären, gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und ökologischen Verhältnisse, die geltenden Werte und Normen, beispielsweise die Rollenbilder, die ausgeprägte Tendenz zur Vereinzelung, die schwindende Solidarität, aber auch die unterschiedliche gesellschaftliche Akzeptanz von Suchtmitteln (vgl. Fuchtmann 1994, S. 19 f.). Ningel & Böttger (1994) fügen den interaktionsorientierten Konzepten noch den systemischen Ansatz hinzu. Sie vertreten die Meinung, dass aus systemischer Betrachtung die Krankheitszeichen für süchtiges Verhalten die Folgen „der dynamischen Verflechtung von Interaktionen (sind), die zur Stabilität des Systems beitragen sollen“ (S. 102 f.). Demzufolge gilt süchtiges Verhalten als sinnhaft, da es bei der Gestaltung von Beziehungen hilfreich und ausgleichend wirken soll. Ningel und Böttger beziehen sich in ihrer Arbeit auf Alkoholismus, der „dann nicht mehr als Eigenschaft oder Krankheit einer Person, sondern als Ergebnis der Interaktionen des Gesamtsystems“ (ebd.) verstanden wird.



Der zentralen Fragestellung dieser Arbeit, ob und inwieweit Humor und heitere Gelassenheit einen wirksamen Interventionsansatz in der Suchthilfe darstellen kann, liegt die Annahme zugrunde, dass die Suchterkrankung interaktionsorientiert und damit auch entwicklungspsychologisch zu erklären ist. Aus diesem Grund wird nachfolgend das entwicklungspsychologische Modell näher betrachtet.

### **Entwicklungspsychologisches Modell**

In den entwicklungspsychologischen Konzepten wird versucht, den missbräuchlichen Konsum Sucht auslösender Substanzen in Zusammenhang mit Entwicklungsaufgaben und kritischen Lebensereignissen zu bringen und ihn damit zu erklären.

Im Gegensatz zur Stufenkonzeption des Selbst und des Menschenbildes, in welcher die funktionelle Organisiertheit und der Komplexitätsgrad der Person-Umwelt-Beziehungen als formale Strukturen angelegt sind (strukturgenetischer Ansatz Piagets), zielen die Konzepte der „Entwicklungsaufgaben“ und „kritischen Lebensereignisse“ auf die individuelle Besonderheit und Entwicklung ab, „die die Einbindung des Individuums in seine Umwelt zu verschiedenen Zeitpunkten des Lebenslaufes markieren“ (Oerter & Noam 1999, S. 60).

Havighurst (1948/1953) definiert eine **Entwicklungsaufgabe** als eine Aufgabe, die sich in einer bestimmten Lebensperiode dem Individuum stellt. Ihre erfolgreiche Bewältigung führt zu Glück und Erfolg, während Versagen das Individuum unglücklich macht, auf Ablehnung durch die Gesellschaft stößt und zu Schwierigkeiten bei der Bewältigung späterer Aufgaben führt. Der Autor unterscheidet drei Komponenten in einzelnen Lebensstadien:

- 1) individuelle Leistungsfähigkeit,
- 2) soziokulturelle Entwicklungsnorm und
- 3) individuelle Zielsetzung.

Dieses **Verständnis von Entwicklung** greift Oerter (1968) auf und spricht vom kontinuierlichen Verlauf aller Lebensvorgänge in der Natur (vgl. Oerter 1968, S.

21; im Gegensatz zur „Entwicklung als Stufengang“ nach Tumlrirz 1927 oder Höhn 1959). „Selbst da, wo scheinbar plötzliche Veränderungen auftreten (...), erfolgen die eigentlichen Wachstumsvorgänge allmählich. Die meisten im menschlichen Leben beobachtbaren Verhaltensänderungen lassen sich (...) als allmähliche Verschiebungen beschreiben“ (Oerter 1968, S. 29).

Die von Havighurst beschriebenen Komponenten (siehe Tabelle 1, S. 21) zeigen, dass die Entwicklungsaufgabe ein zentraler Erklärungs-begriff einer ökologischen Entwicklungspsychologie ist: Sie verbindet Individuum und Umwelt, indem sie kulturelle Anforderungen mit individueller Leistungsfähigkeit in Beziehung setzt, und sie räumt zugleich dabei dem Individuum eine aktive Rolle bei der Gestaltung der eigenen Entwicklung ein. Im Gegensatz zu den meisten Entwicklungsbegriffen erklärt sie Entwicklung nicht nur als Resultat vergangener Ereignisse, sondern auch vorweggenommener zukünftiger Geschehnisse. Dabei wird ein spezifisch menschliches Charakteristikum betont: Menschen bemühen sich monate-, jahre- und jahrzehntelang um etwas, kämpfen für etwas, das erst in Zukunft – und auch dann nicht mit Sicherheit – Wirklichkeit wird. Die Vorwegnahme zukünftiger Ereignisse, auch solcher in ferner Zukunft, ist ein entscheidender Motor menschlicher Entwicklung.

Entwicklung beinhaltet nach Havighurst und Adler (1870–1937) ein lebenslanges Überwinden von Problemen, wodurch dem Individuum eine aktive Rolle bei der Gestaltung einräumt wird. Verschiedene Entwicklungsaufgaben oder entwicklungsspezifische Varianten der Lebensaufgaben werden zu unterschiedlichen Zeitpunkten in der Entwicklung eines Individuums aufgrund kultureller Anforderungen relevant.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Im Zusammenhang mit der selektiven bzw. adaptiven Indikationsstellung konstatiert Bönner: „Es lässt sich nämlich nicht voraussagen, welche kritischen Ereignisse (Scheidung der Eltern, Verliebtheitszustand des Jugendlichen, ungeliebter Lehrer etc.) den weiteren Verlauf der Entwicklung beeinflussen“ (Bönner 1995, S. 4).

Entwicklungsperiode	Altersspanne	Entwicklungsaufgabe
Frühe Kindheit	0 – 2 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Social Attachment / Anhänglichkeit, Familien- oder Personenbindung</li> <li>• Objektpermanenz</li> <li>• Sensumotorische Intelligenz und schlichte Kausalität</li> <li>• Motorische Funktionen</li> </ul>
Kindheit	2 – 4 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (motorische) Selbstkontrolle</li> <li>• Sprachentwicklung</li> <li>• Verfeinerung motorischer Funktionen</li> <li>• Einstellung gegenüber sozialen Gruppen / Gleichaltrigen</li> </ul>
Schulübergang und frühes Schulalter	5 – 7 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikation mit der eigenen Geschlechterrolle</li> <li>• Aufbau einfacher moralischer Kategorien</li> <li>• Konkrete Operationen</li> <li>• Spiel in Gruppen</li> </ul>
Mittleres Schulalter	6 – 12 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soziale Kooperation</li> <li>• Selbstbewusstsein</li> <li>• Erwerb der Kulturtechniken</li> <li>• Spielen und Arbeiten in Gruppen</li> </ul>
Adoleszenz	13 – 17 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Körperliche Reifung</li> <li>• Formale Operationen</li> <li>• Gemeinschaft mit Gleichaltrigen / Peer Group</li> <li>• Heterosexuelle Beziehungen</li> </ul>
Jugend	18 – 22 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomie von den Eltern</li> <li>• Identität in der Geschlechtsrolle</li> <li>• Internalisiertes moralisches Bewusstsein</li> <li>• Berufswahl</li> </ul>
Frühes Erwachsenenalter	23 – 30 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Heirat</li> <li>• Geburt von Kindern</li> <li>• Arbeit / Beruf</li> <li>• Lebensstil finden</li> </ul>
Mittleres Erwachsenenalter	31 – 50 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Heim / Haushalt führen / ökonomischer Standard halten</li> <li>• Familie / Kinder auf- und erziehen</li> <li>• berufliche Karriere</li> <li>• Verantwortung für größeren sozialen Rahmen</li> <li>• Festigen der Partnerbeziehung</li> </ul>
Spätes Erwachsenenalter	ab 51 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Energien auf neue Rollen lenken</li> <li>• Akzeptieren des eigenen Lebens</li> <li>• mit Pensionierung auseinandersetzen</li> <li>• Haltung zum Tod entwickeln</li> </ul>

**Tabelle 1: Entwicklungsaufgaben Havighurst (1948 / 1953)**

Das Meistern der Aufgaben gelingt am besten, wenn die der vorangehenden Phase bewältigt wurden. „Optimale, suboptimale und pathologische Entwicklung lässt sich vor dem Hintergrund der Auseinandersetzung des Selbst mit Entwicklungsaufgaben beschreiben. So werden heute Jugendprobleme in einem weiten Spektrum als Schwierigkeiten der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben erklärt, so etwa Jugend generell u. a. als Risikozeit (Coleman 1984; Resch 1996) in Bezug auf Drogengebrauch (Silbereisen und

Kastner 1985), Suizidalität (Baumeister 1990)...“ (Oerter & Noam 1999, S. 61).<sup>14</sup>

**Kritische Lebensereignisse** gehören zum Erfahrungshorizont fast aller Menschen. Sie führen nicht selten zu tiefgreifenden Erschütterungen des Selbst- und Weltbildes, Betroffene drohen in eine tiefe emotionale Krise zu stürzen. Die grundlegende Eigenschaft kritischer Lebensereignisse ist es, dass sie das Person-Umwelt-Passungsgefüge aus dem Gleichgewicht bringen. „Die Botschaft, die solche Ereignisse transportieren, lautet in der Regel, dass die Welt nicht mehr die ist, die sie einmal war, und dass die Betroffenen nicht mehr die sind, die sie einmal waren. Die bisherige Sicht der Dinge greift nicht mehr; die Person und ihre Umwelt – sie passen nicht mehr zueinander“ (Filipp & Aymanns 2010, S. 13).

Das Konzept des kritischen Lebensereignisses wird sowohl in der Klinischen Psychologie (vgl. dazu Cohen 1988; Thoits 1983) als auch in der Entwicklungspsychologie (vgl. Fillip 1990) systematisch genutzt. Zu unterscheiden sind **normative** kritische Lebensereignisse, die regulär im Lebenslauf auftreten, wie Schuleintritt, Examen, Heirat etc., und **non-normative** kritische Lebensereignisse, die unerwartet und unvorbereitet eintreten. Erstere werden zu Entwicklungsaufgaben, wenn man sich vor ihrem Eintreten mit ihnen auseinandersetzt, Letztere können sich zu traumatischen Lebensereignissen entwickeln. Die Bewältigung kritischer Lebensereignisse bedarf einer konstruktiven Aktivität, die „sich sowohl auf Wahrnehmung und Einschätzung als auch auf Verarbeitung und Bewertung des Bearbeitungsversuchs bezieht. Der Umfang an konstruktiver Aktivität kann hierbei sehr groß sein und bis zu einer völligen Umorganisation des Selbst sowie der Sicht von Mensch und Welt führen“ (Oerter & Noam 1999, S. 61).

Hurrelmann und Hesse (1991) konstatieren aus entwicklungspsychologischer Sicht den Gebrauch von Drogen als eine kritische Form der Lebensbewältigung. Der Philosoph Schmid (2007) sieht im missbräuchlichen oder süchtigen Gebrauch von Alkohol und/oder psychotropen Substanzen

---

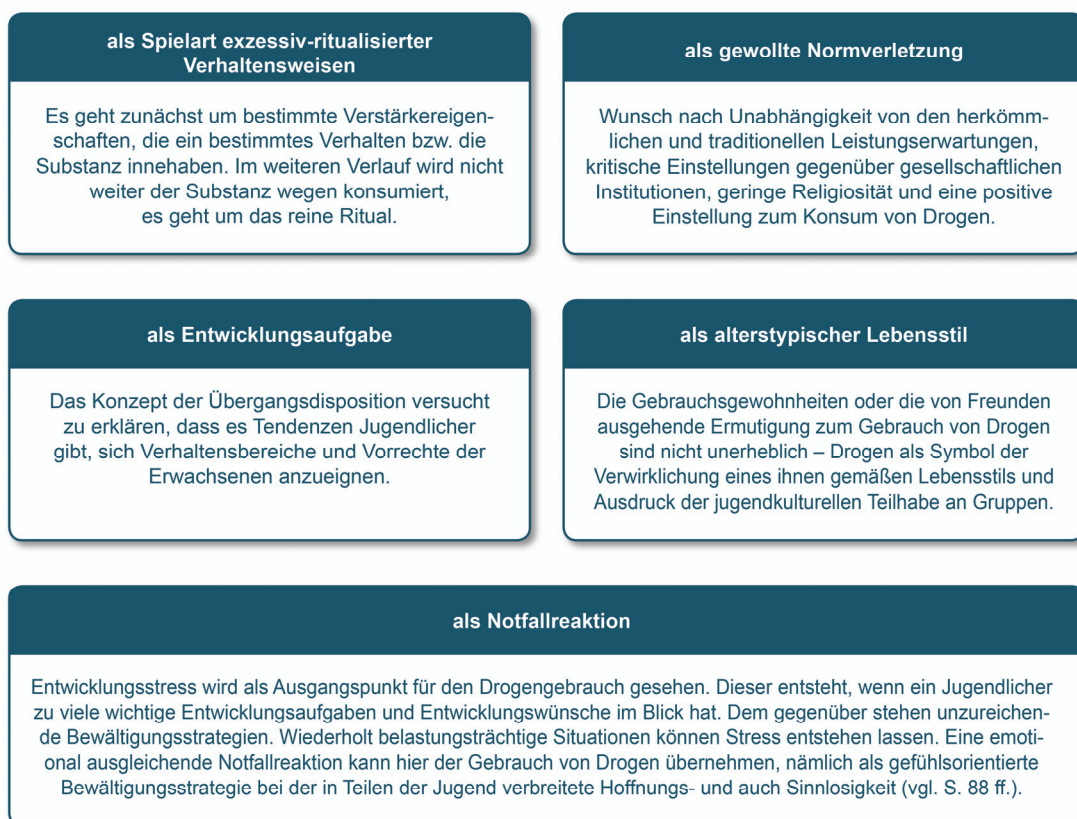
<sup>14</sup> Auf die in Zusammenhang mit den Entwicklungsaufgaben genannten acht Lebenskonflikte von Erikson (1950) wird im Rahmen der Arbeit nicht eingegangen.

einen möglichen Umgang mit sich selbst, „wenn auch in einer ruinösen Lebensform“ (Schmid 2007, S. 295 ff.). Simmel (1948) versteht und beschreibt Sucht als Abwehrvorgang: „Alle Süchte, besonders der Alkoholismus, sind eine Abwehr gegen Melancholie“ (zit. in Burian 1984, S. 174). In den Jahren zuvor sei der Sucht dagegen uneingeschränkt der libidinöse Charakter zugeschrieben worden (vgl. ebd.).

Besonders im Zusammenhang mit altersspezifischen Entwicklungsaufgaben wird die Nutzung unterschiedlicher Drogen als Ausdruck individueller Problemverarbeitung klassifiziert (vgl. Hurrelmann & Hesse 1991, S. 240). Kindermann (1992) sieht unter anderem das Misslingen von Entwicklungsaufgaben als einen Faktor für den Konsum von Drogen (vgl. S. 19). Hurrelmann und Hesse (1991) vertreten die Auffassung, dass alles menschliche Verhalten im sozialen, ökologischen und gesundheitlichen Kontext erlernt und lebensgeschichtlich erworben wurde: Verschiedene Fähigkeiten zur Bewältigung der Anforderungen werden im Laufe des Lebens angeeignet und gebildet. Das individuelle Bewältigungsverhalten ist mit den Interaktions- und Sozialstrukturen der eigenen Lebenswelt sowie mit den Macht- und Ungleichheitsstrukturen der Gesellschaft verflochten. Der eigene Verarbeitungs- und Bearbeitungsstil reflektiert die tatsächlichen Chancen und Einschränkungen im jeweiligen Moment. Die Autoren vertreten die These, dass der Konsum von legalen sowie illegalen Substanzen eine spezifische und problematische Form der Lebensbewältigung darstellt. Es kann dabei zu einer blockierenden Art und Weise der Lebensbewältigung kommen, die der Weiterentwicklung der eigenen Persönlichkeit nicht förderlich ist. Hurrelmann und Hesse (1991) schlussfolgern, dass jeglicher Konsum von Substanzen einen Versuch darstellt, sich den alltäglichen Problemen des Lebens zu stellen und sich mit ihnen adäquat auseinanderzusetzen. Welche Form des Verarbeitungsverhaltens und welche Art des Drogenkonsums ein Mensch wählen würde, hänge zum einen mit der Persönlichkeitsstruktur und dem sozialen Umfeld zusammen, zum anderen gebe es zu jeder Droge einen eigenen Entwicklungsweg, der seinen lebensgeschichtlichen und persönlichen Sinn habe: Sowohl der Gebrauch von Alkohol als auch der von illegalen Drogen gehe auf großen Gruppendruck und Zwang zur sozialen Konformität in Situationen der Kompensation von

Unsicherheit und der Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls zurück (vgl. Link 2008, S. 27 ff.).

Einen weiteren Aspekt im entwicklungspsychologischen Ansatz beschreiben Kastner und Silbereisen (1985). Sie definieren Drogengebrauch als alterstypischen Ausdruck mangelnder Selbstkontrolle. Die Autoren richten ihren Fokus auf die psychosozialen Determinanten, die in der Entwicklung des jugendlichen Drogengebrauchs eine Rolle spielen. So gilt etwa Drogengebrauch...



**Abbildung 4: Übersicht der psychosozialen Determinanten  
(vgl. Kastner & Silbereisen 1985, S. 88 f.)**

Hierbei wird im Umkehrschluss deutlich, welche Bedeutung die individuellen Schutzfaktoren für junge Menschen darstellen: soziale Unterstützung, Erlernen von Verhaltenskompetenzen im Umgang mit psychoaktiven Substanzen, Kommunikationsfähigkeit, Optimismus, Stressbewältigung und Widerstandsfähigkeit (Resilienz, vgl. S. 94 ff. dieser Arbeit), Risikowahrnehmung, Selbstwirksamkeitserwartung, internale

Kontrollüberzeugung, welche auch gleichsam von Bedeutung für die Entwicklung des Kohärenzgefühls ist (vgl. S. 87 ff. dieser Arbeit ) sind.

### Exkurs 1: Philosophischer Ansatz zur Erklärung der Sucht

Abschließend zu den Erklärungsmodellen wird im Sinne eines **Exkurses** noch ein Blick auf einen philosophischen Ansatz zur Erklärung der Sucht gerichtet. Damit hat sich Schmid (2007) auseinandergesetzt.

Aus seiner Perspektive hat Sucht mit Sehnsucht zu tun und die ständige Sehnsucht nach dem Anderen werde schließlich zur Sucht. Sie erfasse den gesamten Menschen: Die berauschenden Stoffe gewöhnen den Körper, die lustvollen Gefühle verwöhnen die Seele, „die sie für Glück hält“ (S. 295) und der Verstand möchte lediglich den Gedanken denken, das Leben der Unendlichkeit niemals enden zu lassen. Schmid spricht von „*Abgründe(n)* des Selbst, auch anderer, des Lebens, der Welt“ (ebd.), mit denen süchtige Menschen in höherem Maße konfrontiert sind, also „mit der Brüchigkeit von Werten und der Relativität all dessen, was für fest gehalten wird; mit einer Sinnlosigkeit von Leben und Welt, mit Leid und Tod, die im ‚normalen‘ Leben keine Rolle zu spielen scheinen; mit der Erfahrung des Nichts, das aus dem Zerschneiden aller Bindungen und Beziehungen resultiert. Die entstehende Abhängigkeit ist als Herstellung einer starken Bindung zu verstehen, die *Sinn* vermittelt und fortan nicht mehr entbehrt werden kann. Sie ist im ‚Psychischen‘, im Seelischen und im Geistigen verankert. Sie ist nur mit größten Anstrengungen zu lösen, während der unmittelbare körperliche ‚Entzug‘ nur wenige Tage in Anspruch nimmt“ (ebd.).

Bindungen gehen auch immer wieder mit Brüchen einher. Sie entsprechen „nicht der Vorstellung von Glück“ (S. 297), auch nicht der Vorstellung von Sinn, „der in der modernen Kultur nicht mehr offen zutage liegt“ (ebd.) und den es mit aller Macht und Gewalt zu erstreben gilt. Die Fähigkeit, dem Leben durch eigenes Handeln, eigene Deutung und Interpretation Sinn zu geben, konnte nie erlernt oder nicht vollständig erlernt werden. An ihre Stelle tritt die Sucht, die Sinn vermittelt. Daher versteht Schmid ein



süchtiges Leben als „eine mögliche Lebensform, eine ungewöhnliche, aber zweifellos mögliche Variante der Lebenskunst“ (ebd.).

In Bezug auf suchtspezifische Hilfe- und Unterstützungsleistungen fasst Schmid zusammen, dass diese nicht „auf eine Negation der gemachten Erfahrungen zielen und auch nicht unbedingt darauf, die Sucht >loszuwerden<, sondern sie nicht ruinös werden zu lassen“ (S. 298), eine Balance, ein Gleichgewicht zu finden. „Eine neuerliche *Einrichtung des Lebens* in all seiner täglichen Banalität und widersprüchlichen Polarität trägt dem Rechnung. Soll es um eine Entwöhnung von der Sucht gehen, ist ein entscheidendes Problem die Entwöhnung von der jeweiligen Gewohnheit, denn die Sucht war der Versuch, eine starke Bindung durch Gewöhnung, und sei sie ruinös, herzustellen. Da Gewohnheiten wesentlich fürs Leben sind, kommt es darauf an, sie neu und anders ins Werk zu setzen. Grundlegend für alle Lebbarkeit ist jedoch die Übernahme der Selbstsorge und damit verbunden das Selbstmitgefühl, denn auch die Fürsorge anderer wird nur in dem Maße frei, in dem die Selbstsorge spürbar ist“ (ebd.).

## 2.2 Aufgaben der Suchthilfe und Ziele der Rehabilitation

### 2.2.1 Aufgaben der Suchthilfe

Betrachtet man rückblickend den historischen Prozess der Professionalisierung in der Suchthilfe, so sind drei Stränge festzuhalten: die Mäßigkeitsvereine, die Abstinenzverbände und die kirchliche Armenpflege.

Die *Mäßigkeitsvereine* (1838) verscrieben sich der Aufgabe, über den Alkoholismus und seine Auswirkungen aufzuklären. Die *Abstinenzverbände* riefen aus christlicher oder humanitärer Verantwortung zur Mitarbeit im ehrenamtlichen Sinne auf, verbunden mit einer abstinenten Lebensweise. Aus der *kirchlichen Armenpflege* heraus entwickelten sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts als stationäres Angebot die sogenannten Trinkerheilstätten (vgl. Bönner 1995, S. 1). Die kirchlichen Institutionen, als Träger solcher Einrichtungen, haben „ihre Hilfeangebote an den Grundsätzen christlicher Lebensführung und Verantwortung orientiert“ (Helas 1997, S. 151).



Seit den sechziger Jahren des letzten Jahrhunderts, insbesondere seit dem Urteil des Bundessozialgerichts 1968, in dem Sucht als Krankheit anerkannt wurde, professionalisierte sich die Suchthilfe zunehmend: Es haben sich traditionelle, hochschwellige Rehabilitationssysteme sowie niedrigschwellig arbeitende Einrichtungen für Abhängige von illegalen Drogen, ebenso Einrichtungen für mehrfach geschädigte Abhängige etabliert. Die sozialstaatliche Aufgabe ist es, Abhängigkeitskranken eine bedarfsgerechte und umfassende Versorgung nach der Psychiatrie-Enquete zu ermöglichen nach dem Prinzip der „bedarfsgerechten Koordination aller Hilfen“ (BMJFFG 1988 zit. in Hüllinghorst 1997, S. 290). Dazu fordert Hüllinghorst, „daß jedem Abhängigkeitskranken nicht nur die erforderlichen Hilfeangebote zur Verfügung gestellt werden müssen, sondern daß ihnen auch der Zugang zu diesen zu ermöglichen ist“ (1997, S. 290 f.). Diese Forderung formulierte Bönner eindringlicher: „Der Patient muss auf der Gewinnerseite stehen!“ (1993, S. 227).

### **Aufbau des Suchthilfesystems**

Deutschland hält im Zusammenwirken von Politik, Leistungs- und Einrichtungsträgern ein differenziertes Beratungs- und Behandlungssystem für suchtkranke Menschen vor. Es gilt, „die verschiedenen Beratungs- und Behandlungsangebote indikationsbezogen, bedarfsgerecht, patientenorientiert und mit einer hohen Qualität zu erbringen“ (FVS 2012, S. 22 f.). Folgende Angebote (Tabelle 2) prägen das Versorgungssystem der Suchthilfe in Deutschland:

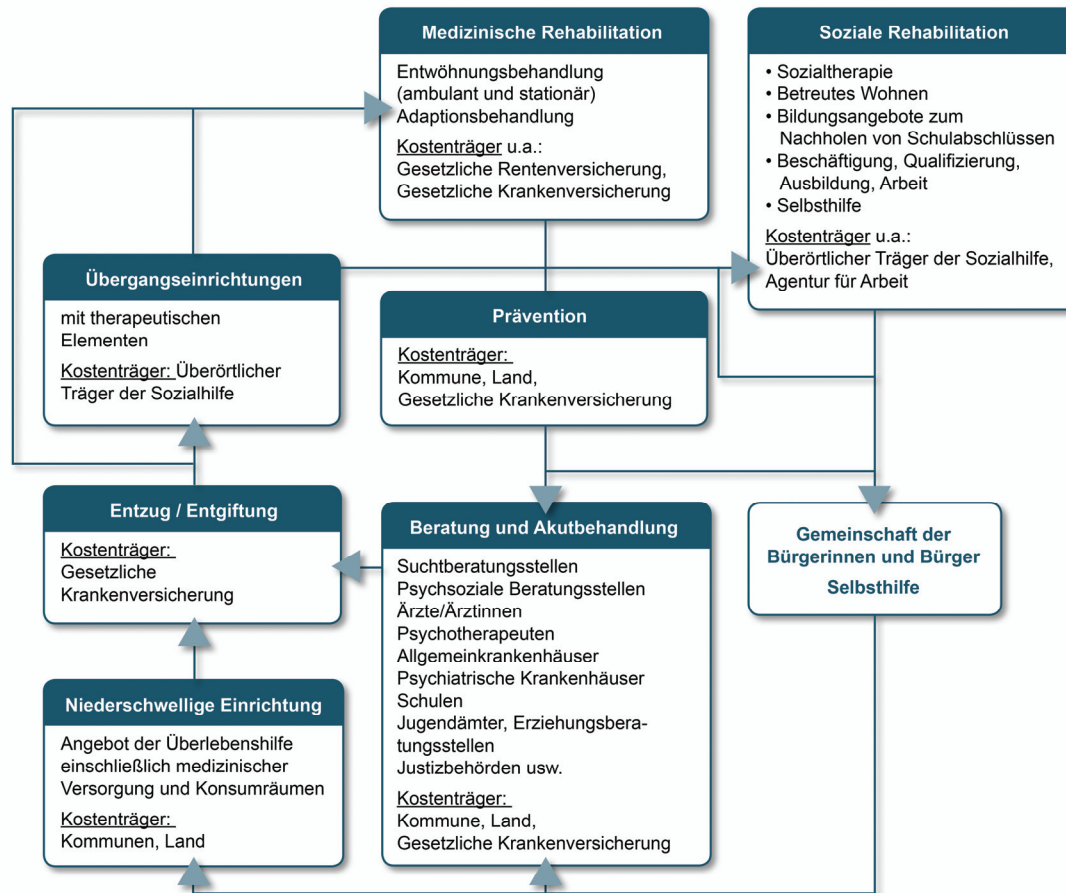
1. Selbsthilfegruppen (Anzahl)	> 10.000
2. Suchtberatungsstellen (Anzahl) • davon als ambulante Beratungsstellen anerkannt (2011)	1.300 470
3. Plätze in ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtungen	> 1.000
4. Stationäre Rehabilitation (Entwöhnung): Plätze	12.200
5. Adaptionenplätze	> 1.200
6. Entzug/Entgiftung • Entzug mit Motivationsanteilen • Plätze in spezialisierten Krankenhausabteilungen	> 2.000 > 7.500
7. Plätze für chronisch Mehrfachbeeinträchtigte • Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie • Teilstationäre Einrichtungen der Sozialtherapie • Ambulantes Betreutes Wohnen	> 10.700 > 1.200 > 12.000
8. Niedrigschwellige Angebote (Anzahl)	> 300
9. Substitution (registrierte Plätze)	77.400
10. Arbeitsprojekte/Qualifikationsmaßnahmen (Plätze)	> 4.800

**Tabelle 2: Angebote im Versorgungssystem der Suchthilfe in Deutschland  
(vgl. Leune 2012)**

In den unterschiedlichen Einrichtungen der Suchthilfe sind insgesamt mehr als 10.000 Fachkräfte der Sozialen Arbeit, Pädagogen, Psychologen und Mediziner sowie mindestens 20.000 Ehrenamtliche tätig (vgl. DHS). Im EBIS-Bericht (1999) zur Verteilung der Fachkräfte im ambulanten Suchtbereich entfallen 57 % auf Fachkräfte der Sozialen Arbeit, 11 % gehören der Berufsgruppe der Psychologen an und weniger als 2 % sind (Fach-)Ärzte (vgl. Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe, im Weiteren DG SAS).

Zunehmende Professionalisierung und Flexibilisierung in den vergangenen Jahrzehnten kennzeichnen die Behandlungsangebote. Die letzten Jahre und Jahrzehnte sind durch eine zunehmende gekennzeichnet. Die Flexibilisierung des Angebotsspektrums bedarf erhöhter Anforderungen an Behandler und zuweisende Stellen in Bezug auf die „Differenzierung der Diagnostik und Indikationsstellung, der Auswahl der Behandlungsangebote oder der Abstimmung von Angebotssegmenten“ (FVS 2012, S. 22 f.; vgl. dazu auch Bönner 1995, S. 4 ff. und 2002, S. 238 ff.).

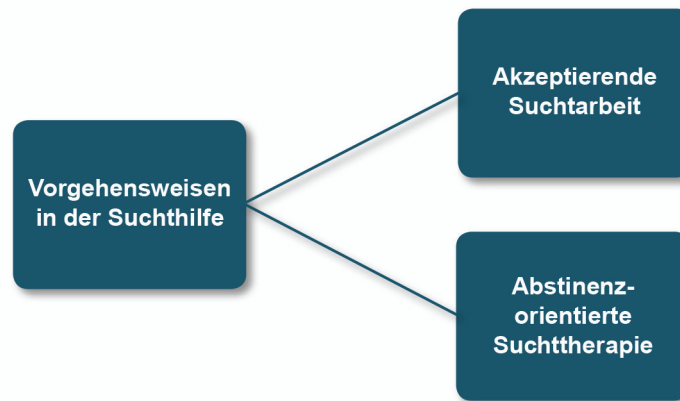
Die Kostenträgerschaft für die einzelnen Angebote ist unterschiedlich, wie Abbildung 5 zeigt:



**Abbildung 5: Hilfeangebote für Abhängigkeitskranke in Deutschland (vgl. Leune 2012)**

### 2.2.2 Ziele der Rehabilitation

Bei der Behandlung suchtmittelabhängiger Menschen werden zwei Vorgehensweisen unterschieden: akzeptierende Suchtarbeit und abstinenzorientierte Suchttherapie (vgl. Abbildung 5, S. 30).



**Abbildung 6: Vorgehensweisen in der Suchthilfe**  
(in Anlehnung an Veltrup 2002)

Unberücksichtigt bleibt in Veltrups Ausführungen das lösungs- und ressourcenorientierte Vorgehen in der Suchthilfe, welches ergänzend in dieser Arbeit beschrieben wird.

### **Vorgehensweisen in der Suchthilfe**

Es gibt wesentliche Unterscheidungsmerkmale der beiden Ansätze. Mittlerweile bestehen in der Praxis Vernetzungen der entsprechenden Hilfesysteme (vgl. Veltrup 2002, S. 233).

Unter **akzeptierender Suchtarbeit** wird ein niedrighschwelliger und gemeindenaher Ansatz verstanden. Er zielt primär darauf ab, das verhältnismäßig gesunde Überleben von suchtkranken Menschen zu sichern. Im Vordergrund stehen dazu medizinische und psychosoziale Interventionen. Spezifische Suchtberatungsstellen und Fachkliniken verfolgen dagegen die **abstinenzorientierte Suchttherapie**. Die ambulante oder stationäre Behandlung muss als Maßnahme der medizinischen Rehabilitation bei einem der Kostenträger (Krankenversicherung, Rentenversicherungs- oder Sozialhilfeträger) beantragt und durch diesen genehmigt werden. Der Suchtkranke muss dazu verschiedene Bedingungen erfüllen, z. B. eine abgeschlossene Entzugsbehandlung und den damit verbundenen Clean-Status zu Beginn der Therapie. Das Vorgehen in der Drogenrehabilitation ist zunehmend methodenübergreifend. Dabei werden verschiedene psychotherapeutische Ansätze mit entsprechender medizinischer Versorgung,

Arbeits- und Beschäftigungstherapie sowie psychosozialer Betreuung kombiniert. Gruppentherapeutische Behandlungselemente stehen im Vordergrund.

### **Ressourcen- und lösungsorientierte Suchthilfe**

Mit suchtkranken Menschen zu arbeiten bedeutet, mit diesen Menschen alternative Handlungs- und Lösungsmöglichkeiten herauszuarbeiten. Ningel und Böttger (1994) nehmen Bezug zum systemischen Ansatz und halten fest, dass dieser für die therapeutische Praxis bedeute, dass nicht mehr Fehlverhalten, Defizite und problematische Einstellungen in den Vordergrund zu stellen, sondern auf die Fähigkeiten des Symptomträgers und des Systems zu fokussieren (vgl. S. 103). Hesse (2002) vertritt die Meinung, die Abhängigen müssten auf die Ressourcen und Selbstheilungskräfte, die sie inne haben, aufmerksam gemacht werden, da sie diese anstelle des Suchtmittels als sinnhafte Strategien einsetzen können (vgl. S. 454). Sack (2004) bestätigt Hesse (2002) und mahnt gleichzeitig, dass Suchtkrankenhilfe und -therapie mehr pathologie- denn ressourcenorientiert arbeite. Sack ergänzt Hesses Ausführung: Er benennt ein etabliertes System, das sehr differenziert Krankheit beschreibt, Voraussagen erstellt und Therapiemodelle entwickelt. Sack stützt seine Forderung nach einem Wandel in der suchttherapeutischen Behandlung auf Grawe, der bereits 1995 die Diskussion um empirisch nachgewiesene Wirkfaktoren von Psychotherapie (vgl. Grawe 2000, S. 87 ff.) angestoßen hat. Die Mobilisierung von Ressourcen wird seither allgemein als wirksames Element psychotherapeutischer Behandlungen angesehen. Das Anknüpfen an vorhandenen und die Weiterentwicklung persönlicher Ressourcen stellt eine in der Praxis noch viel zu wenig genutzte therapeutische Möglichkeit dar. Die Förderung von Ressourcen eröffnet oft eine neue Perspektive hin zu persönlichem Wachstum und positiven Lebensveränderungen, die in der Suchtkrankenhilfe und -therapie eine bedeutsame, richtungsweisende und ermutigende Orientierung darstellen kann. Insofern ist das salutogenetische Vorgehen in der Behandlung suchtkranker Menschen bedeutsam unabhängig

von den jeweiligen eingesetzten therapeutischen Verfahren.<sup>15</sup> Nicht zuletzt haben auch die Fachkräfte auf ihre eigenen Ressourcen zu achten. Neben der Aufgabe, die Klienten zu unterstützen, benötigen auch sie notwendige Ressourcen, um ihr eigenes Leben zu bewältigen (vgl. ebd., S. 9).

Ningel und Böttger (1994) erkennen in der ressourcenorientierten Suchtkrankenhilfe einen weiteren positiven Aspekt: Der Umgang zwischen den Suchtkranken und den Fachkräften sei von mehr Achtung und Zusammenarbeit getragen, was ihn angenehmer und leichter gestalten würde. Das gemeinschaftliche Suchen nach Veränderungsmöglichkeiten sei auch dadurch häufig effektiver, da der Widerstand der Patienten nicht so groß sei, denn eine Auseinandersetzung mit positiven Ressourcen sei weniger beängstigend (vgl. S. 103; vgl. Link 2008, S. 41 f.).

### Grundprinzipien der Intervention

Die Suchthilfe unterstützt Menschen, die sich meist in komplexen und multiniveaunalen Problemlagen befinden. Daher sind für die beteiligten Disziplinen „Grundprinzipien der Intervention“ als gemeinsames Handlungsverständnis unerlässlich. „Dabei handelt es sich nicht um unveränderliche, stets gültige Sätze; sie verstehen sich als Ausdruck dessen, schritthaltend mit der Entwicklung des Versorgungssystems, immer wieder auch Fragen nach den Grundlagen des Handelns zu beantworten“ (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 2002, S. 78; im weiteren VDR). Die Grundprinzipien der Intervention stellen die An- und Aufforderungen an das Versorgungssystem der Suchthilfe<sup>16</sup> dar und sind in zwei Perspektiven zu unterscheiden (vgl. ebd., S. 78 f.):

---

<sup>15</sup> Lazarus (2007) formuliert in seinem Einführungsvortrag zum 30. Bundes-Drogen-Kongress sein Plädoyer für „Bildungsarbeit mit drogenabhängigen und suchtkranken Menschen“. Er legt dieser Forderung zugrunde, dass Drogenabhängigkeit und Sucht immer etwas mit existenzieller Verunsicherung, mit Sinn- und Bedeutungsverlust und Orientierungslosigkeit zu tun haben und dass medizinische Behandlung und psychologische Therapie allein keine adäquate Antwort darauf geben können. Vielmehr sei Bildung im Sinne einer stetigen Entfaltung der Anlagen und Kräfte des Einzelnen und die Förderung seiner äußersten individuellen Möglichkeiten erstrebenswert. Ziel sei, sich selbst und die Welt stets als neu aus einem anderen Blickwinkel kennenzulernen, sich selbst als aktiv betätigendes und weitestgehend sich selbst bestimmendes Individuum zu erleben, Neues und Fremdes als Bereicherung zu erleben und dabei frei wählen und getroffene Wahlen selbst verantworten zu können. Lazarus vertritt die Auffassung, dass die Suchtkrankenhilfe konkrete Anregungen zur Unterstützung bei der Entfaltung von Potenzialen beim Menschen auch in Zuständen bzw. Phasen von „stillgelegter Bildung“, in die sie hineingeraten können (z. B. durch tragische Ereignisse, Schicksalsschläge), geben soll (vgl. S. 1).

<sup>16</sup> „Es wird damit die Erwartung verbunden, dass sich alle (...) Beteiligten die Grundsätze (...) zu eigen machen“ (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen 1999, S.14).

Die **präventive Perspektive** zeigt sich im Public-Health-Ansatz als übergreifendes Interventionsverständnis. In diesem wird „die Initiative zur Intervention auf einen Zeitpunkt der frühestmöglichen Wahrnehmung des individuellen Abhängigkeitsproblems durch die Gesellschaft (verlegt) und erhebt den – theoretisch – größtmöglichen gesamtgesellschaftlichen Gewinn, und damit auch des Einzelnen, zu einem bestimmenden Prinzip“ (ebd., S. 80).

In der **rehabilitativen Perspektive** werden zunächst drei grundlegende Interventionsprinzipien für die Behandlung suchtkranker Rehabilitanden<sup>17</sup> unterschieden:

1. *autonomy*: die Respektierung der Autonomie und des Rechts auf Selbstbestimmung,
2. *non maleficence and beneficence*: keinen Schaden anrichten und Gutes bewirken sowie
3. *equity*: Prinzip der Gerechtigkeit und Chancengleichheit (vgl. ebd, S. 84).

Müller-Fahrnow et al. (2002) beschreiben „ein erweitertes und mehr an der Versorgungspraxis orientiertes Spektrum von insgesamt sieben Grundprinzipien der Intervention“ (S. 84), „wenn man die übereinstimmenden Positionen im Bereich der deutschen Suchtkrankenhilfe zu Grunde legt“ (ebd.). Diese sollen hier kurz dargestellt werden:

### **1. Orientierung am Individuum**

Die Suchtpersönlichkeit gibt es nicht, die Situation der Betroffenen und ihre Probleme sowie Lebensperspektiven sind höchst unterschiedlich. Daher sind die Angebote der Suchthilfe personenadäquat auszurichten: Es bedarf einer individuellen Hilfe- und Zielplanung (siehe dazu Interventionsziele, S. 38), abgestimmt auf eine individuelle, indikationsrelevante Diagnostik (vgl. dazu auch Bönner 1995).

---

<sup>17</sup> Als Rehabilitanden werden sowohl Patienten als auch Klienten der ambulanten und stationären Suchthilfe bezeichnet.

### **2. Frühzeitige Inanspruchnahme und einfache Zugangsmöglichkeiten**

Die frühzeitige Inanspruchnahme des Suchthilfesystems erhöht die Möglichkeit, die verbleibenden Ressourcen zu nutzen, die Schäden möglichst gering zu halten und, damit verbunden, weniger einschneidende Maßnahmen ergreifen zu müssen. Die vorhandenen Hilfeangebote müssen niedrigschwellig erreichbar sein. Niedrigschwellige Zugänge finden sich in Angeboten wie der Aufsuchenden Arbeit und Streetwork, Überlebenshilfe, Kontaktstellen sowie Angebote zur Suchtbegleitung.

### **3. Normalitätsprinzip**

Das „Normalitätsprinzip“ differenziert zwei Aspekte: Die Suchterkrankung ist zum einen stets im alltäglichen Kontext zu sehen. Die Einbeziehung des sozialen Umfeldes und der Bezugspersonen des Rehabilitanden zur (Re-) Integration in die Gesellschaft und damit zur gesellschaftlichen wie arbeitsweltlichen Teilhabe hat besonderen Stellenwert. Dieses Vorgehen kann bedeuten, den Patienten so lange wie möglich in seinem ursprünglichen sozialen Umfeld zu belassen oder aber die Eingliederung in eine neue Umgebung als Aufgabe im Rehabilitationsprozess anzusehen. Zum anderen meint Normalität aber auch, alle existierenden medizinischen, psychosozialen und sonstigen Hilfeangebote – allgemein wie suchtspezifisch – so gut wie möglich in den Prozess mit einfließen zu lassen.

### **4. Stärkung der Selbstheilungskräfte**

Die gesundheitliche Versorgung und die interventionelle Herangehensweise in der Suchthilfe sollte – analog anderer Gesundheitsbereiche – ressourcen- und lösungsorientiert im Sinne der Salutogenese gestaltet sein. Die beim Rehabilitanden vorhandenen, stützenden Fähigkeiten und Ressourcen gilt es im Rehabilitationsprozess zu nutzen, zu stärken und auszubauen, um so seine Selbstheilungskräfte zu aktivieren. Die professionelle Hilfe ist abhängig vom Hilfebedarf und Indikation vor allem als Hilfe zur Selbsthilfe angelegt.



### **5. Pluralität und Interaktion der Angebotssysteme**

Das gestufte System der Suchthilfe ermöglicht jedem Betroffenen, in jeder Suchtphase, den Einstieg zum Ausstieg. Die verschiedenen differenzierten und flexiblen Behandlungselemente sind dabei grundsätzlich an den Erfordernissen des Einzelfalles auszurichten. Es haben die Leistungen Priorität, die unter Berücksichtigung persönlicher Umstände und der Wirksamkeit von Leistungen angemessen sind.

### **6. Nahtlosigkeit der Leistungen**

Die Hilfeangebote der Beratung, Betreuung, Behandlung, medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie Reintegration gilt es zu vernetzen und zu einem verbundenen System mit nahtlosen Übergängen zusammenzuführen. Dieser Anspruch resultiert aus dem Gebot der Ganzheitlichkeit. Der Umsetzung dieser Forderung ist durch Behandlungsverbünde und Kooperationsvereinbarungen nachzukommen. Dazu sind konsequenterweise konzeptionelle und personale Kontinuität und Koordination erforderlich.

### **7. Qualität der Behandlung**

Die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen bedarf mehrmaliger Interventionen und ist daher als länger andauernder Prozess zu betrachten. Das deutsche Suchthilfesystem weist einen hohen Qualitätsstandard auf, den es weiter auszubauen gilt. Das dazu erforderliche Qualitätsmanagement und Controlling gehören heute selbstverständlich in die Suchthilfe (vgl. VDR 2002).

Eine aktive und aktivierende Herangehensweise bedeutet, den Fokus auf die Fähigkeiten und Stärken der Rehabilitanden zu richten. Diese Haltung fordert auch der Fachverband Drogen und Rauschmittel e. V. (2000) (im Weiteren FDR)<sup>18</sup> und legt dazu Allgemeine Handlungsgrundsätze im Sinne von Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe – Schwerpunkt Drogenarbeit vor, die die Struktur und Fachlichkeit des gesamten

---

<sup>18</sup> Der FDR besteht seit 1979. Er verfolgt folgende Ziele: 1.) Organisation von Kongressen, Publikationen, Seminaren und Fachausschüssen. 2.) Durchführung von Weiterbildungen zur Verbesserung der Arbeit. 3.) Stellvertretende Interessenvertretung auf Ebene der Dachverbände. Derzeit sind 72 Träger mit über 350 Einrichtungen der Suchthilfe Mitglied im FDR (vgl. FDR e. V., 2013).

Verbundsystems der Suchtkrankenhilfe<sup>19</sup> definieren. „Die Arbeit mit Suchtkranken kann niemals statisch sein“ stellt der FVS fest (S. 3) und beschreibt im Folgenden die Suchtkrankenhilfe und -therapie als ein „lebendiges System, das sich aufgrund verschiedener Einflussfaktoren aus Politik, Wissenschaft und Praxis permanent verändert“ (2012, S. 6).

Die Allgemeinen Handlungsgrundsätze des FDR<sup>20</sup> sind vergleichbar mit den beschriebenen Grundprinzipien der Intervention des VDR, jedoch mit 16 Grundsätzen differenzierter gegliedert als die des VDR. Von den insgesamt 16 Allgemeinen Handlungsgrundsätzen ist der vierte für die vorliegende Arbeit – analog des 4. Grundprinzips des FVS – von besonderer Bedeutung, da auch hier explizit die Förderung des Selbsthilfepotentials gefordert wird, welches auch von Hesse (2002) als relevant erachtet wird (vgl. S. 454):

„Förderung des Selbsthilfepotentials der Betroffenen durch die Suchtkrankenhilfe. Der Ausstieg gelingt nur, wenn die Selbsthilfepotentiale der Klientinnen und Klienten gefördert und stabilisiert werden“ (FDR 1999, S. 24).

Ausgerichtet ist dieser Handlungsgrundsatz am Konzept der Salutogenese, welches das Hauptaugenmerk auf die Entstehung von Gesundheit legt (vgl. S. 87 ff. dieser Arbeit). In diesem Grundsatz bezieht sich der FDR auf die gewünschte und erforderliche veränderte Grundeinstellung der systemischen Arbeitsweise und fordert, den Blick auf die Fähigkeiten und Stärken zu richten, um so die Rehabilitanden mitwirkend und tätig am Veränderungsprozess zu beteiligen. Die systemische Arbeitsweise richtet die Aufmerksamkeit auf die aktive Suche nach funktionierenden Bereichen. Mit den Aspekten der

---

<sup>19</sup> Die Handlungsbereiche der Suchtkrankenhilfe erstrecken sich von der Suchtprävention über die Akuthilfe, Suchtberatung, Suchtbegleitung und ambulante Versorgung, Entgiftung und Entzug, Substitution und Psychosoziale Begleitung, Betreutes Wohnen, Nachsorge über die medizinische Rehabilitation bis hin zur Selbsthilfe.

Die strukturellen und inhaltlichen Rahmenbedingungen des Hilfeprozesses sind ständig zu überprüfen und entsprechend fortzuschreiben. Die Entwicklung der Standards basiert auf einer jahrzehntelangen Praxiserfahrung der verschiedenen Hilfen für suchtkranke Menschen. Sie ermöglichen die Umsetzung der Interventionsziele bei Suchtkranken.

<sup>20</sup> Grundlage für die vom FDR formulierten Standards bilden die von Staub-Bernasconi (1995) entwickelten Wissens Ebenen für die Soziale Arbeit, die jedoch auch auf eine systemtheoretisch orientierte Suchthilfe als ein Handlungsfeld der Sozialen Arbeit übertragbar und relevant sind. In Anlehnung an die Autorin stellt die Suchthilfe eine anwendungs- und veränderungsorientierte Teildisziplin dar. Diese benötigt daher nicht nur das Beschreibungs- und Erklärungswissen, sondern auch Wert- und Handlungswissen (vgl. S. 165). Durch die Adaption der Wissens Ebenen in die Suchthilfe erhält diese einen systemtheoretisch orientierten Impuls. Gerade in der Suchthilfe, in der die Rehabilitanden oft einen hohen Leidensdruck erleben und in ihrer Veränderungsbereitschaft oft instabil sind, reicht es nicht weiter aus, lediglich Ursachen zu erkennen, zu erklären und zu beschreiben; vielmehr bedarf es der Bekennung von Werten und der Erweiterung von Handlungskompetenzen.

funktionalen Gesundheit befasst sich seit 2001 das weiter oben (S. 14 f.) beschriebene Konzept der ICF. Der Kernbegriff ist die Funktionsfähigkeit und das zentrale Ziel ist die Teilhabe des Individuums. Teilhabe meint immer, dass eine Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich einbezogen ist<sup>21</sup> (vgl. Schuntermann 2011, S. 8).

Insgesamt ist im Gesundheitsbereich ein Paradigmenwechsel zu beobachten: vom medizinisch-reduktionistischen hin zum systemischen Denken. Das bedeutet konsequenterweise, dass sich ein systemisches Handeln mit dem Blick auf die Fähigkeiten und Stärken der Rehabilitanden etablieren wird. Es ist anzunehmen, dass Gleiches für das Arbeitsfeld der Suchthilfe gilt.

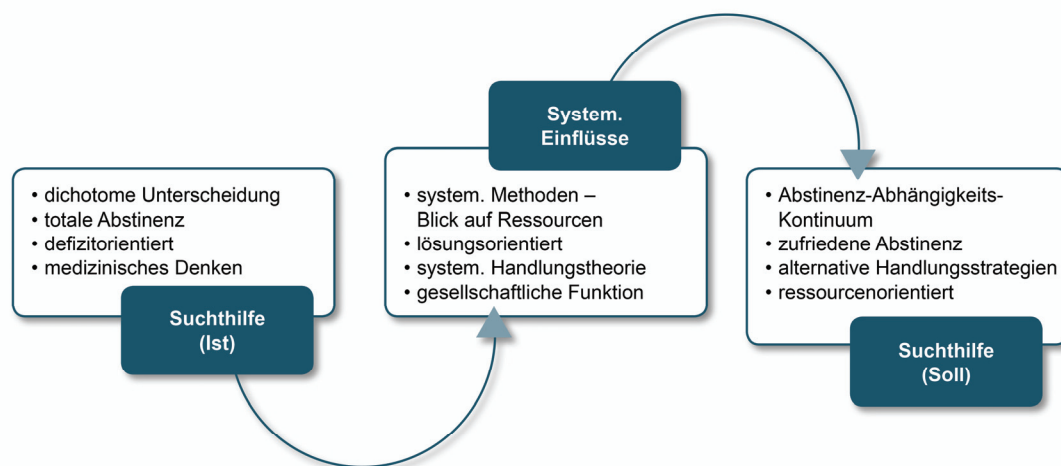


Abbildung 7: Paradigmenwechsel in der Suchthilfe

### Ziele

Die Suchthilfe strebt die Erhaltung oder die Wiedergewinnung der aktiven Teilnahme suchtkranker Menschen am normalen Leben, an Beruf, Familie und Gesellschaft an (vgl. Leune 2008, S. 171). In der „Arbeitshilfe für Rehabilitation von Suchtkranken“ werden explizit die Ziele beschrieben, die einer Krankheitseinsicht, einer emotionalen Akzeptanz der Erkrankung sowie Strategien für ein suchtmittelfreies Leben bedürfen. Bei allen Zielen stellt Abstinenz das **oberste Ziel** der Therapie dar<sup>22</sup> (vgl. BAR 1996, S. 56 ff.).

<sup>21</sup> Das bio-psycho-soziale Modell der ICF umfasst verschiedene Konzepte zur Erfassung der funktionalen Gesundheit: das Konzept der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivitäten, der Teilhabe sowie der Umwelt- und der personenbezogenen Faktoren.

<sup>22</sup> Ein kontrollierter Suchtmittelgebrauch ist tabu. Das Abstinenzgebot ist die Folge eines in sich geschlossenen Krankheitskonzepts der Sucht. Darin wird Abhängigkeit als Prozess beschrieben, der zur Abstinenz unfähig macht (vgl. Antons 1981, 240 f.). Szasz (1980) führt dieses Denken auf das konventionelle (hier nicht beschriebene) medizinische

Neben dem **wesentlichen Ziel** der Rehabilitation, suchtkranken Menschen dabei zu helfen, die persönlichen und sozialen Voraussetzungen zu schaffen, ein Leben lang abstinent leben zu können (vgl. ebd.), ist es das **generelle Ziel** der Suchthilfe, den riskanten, schädlichen oder abhängigen Gebrauch psychotroper Substanzen möglichst zu verhindern bzw. daraus resultierende Schäden zu mindern (vgl. Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren 2003, S. 134; im weiteren DHS<sup>23</sup>).

Eine mögliche Hierarchie der Interventionsziele bei Abhängigkeitskranken haben Schwoon (1990) und Wienberg (1992) vorgelegt, vgl. Abbildung 8:



**Abbildung 8: Hierarchie der Interventionsziele  
(vgl. Schwoon & Wienberg 1995)**

Verständnis zurück. Gleichsam wird ein Automatismus unterstellt: Wer die Enthaltsamkeit unterbricht und rückfällig wird, ist der Sucht bedingungslos ausgeliefert. Die Folge eines solchen Krankheitskonzeptes der Sucht ist, dass der Verlust der Selbstbestimmung und der Hang zur Passivität gefördert werden. Tendenziell wird die Lösung der Lebensprobleme anderen überlassen (vgl. S. 187 ff.). Fuchtmann (1994) kommt zu dem Ergebnis, dass es für einige Süchtige von Bedeutung sein mag, sich an die Idee einer Krankheit zu klammern, um der permanenten Versuchung zu widerstehen; andere wiederum bedürfen der Unterstützung ihrer Autonomie, um in eigener Verantwortung Hilfe in Anspruch zu nehmen (vgl. S. 19). Vgl. dazu auch Ningel & Böttger 1994, S. 102 f.

<sup>23</sup> „Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) wurde 1947 gegründet, um allen in der Suchtkrankenhilfe bundesweit tätigen Verbänden und gemeinnützigen Vereinen eine Plattform zu geben. Ziel der DHS-Mitgliedsverbände ist es, ihre Fachkompetenz zu Fragen und Problemen der Suchtprävention und der Suchthilfe organisatorisch zu bündeln. Insofern steht die DHS für die Suchthilfe in Deutschland“ (<http://www.dhs.de/dhs.html>).

Ist es das generelle Ziel der Suchthilfe, riskanten, schädlichen oder abhängigen Gebrauch psychotroper Substanzen möglichst zu verhindern bzw. daraus resultierende Schäden zu mindern, so zielen Leistungen zur Teilhabe darauf ab, „den (abhängigkeits-)kranken oder behinderten Menschen zur aktiven Teilhabe am Leben und in der Gesellschaft zu befähigen. Dazu gehören:

- 1)** Erreichen und Erhaltung von Abstinenz,
- 2)** Behebung oder Ausgleich von körperlichen und seelischen Störungen,
- 3)** möglichst dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft“ (BAR 2005, S. 37).

Mithilfe der Leistungen zur Teilhabe sollen

- a)** vorhandene Fähigkeiten optimal genutzt,
- b)** beeinträchtigte Fähigkeiten wieder oder kompensatorische Fertigkeiten neu entwickelt bzw. sich fehlende Fähigkeiten angeeignet und
- c)** soziale Benachteiligungen ausgeglichen werden (vgl. ebd.).

Die Entwicklung von Fähigkeiten, die eine abstinente Lebensführung ermöglichen, gehört zur Krankheitsbewältigung. Dazu sollen die Krankheitseinsicht, also die emotionale Akzeptanz, abhängigkeitskrank zu sein, vermittelt und die Motivation für eine Entwöhnungsbehandlung geschaffen werden. Je nach Grad der sozialen Desintegration bringen Abhängigkeitskranke ein Bündel komplexer Probleme mit in den Rehabilitationsprozess. Diese wirken auch für den Prozess belastend. Daher stellt die Unterstützung bei der Regelung sozialer Angelegenheiten im Prozess der Rehabilitation Hilfe zur Selbsthilfe dar.

### Arbeitsdefinition Sucht

Sucht wird als individuelle Reaktion verstanden auf familiäre, gesellschaftliche, wirtschaftliche und ökologische Verhältnisse, auf geltende Werte und Normen, auf die ausgeprägte Tendenz zur Vereinzelung, die schwindende Solidarität, aber auch die unterschiedliche gesellschaftliche Akzeptanz von Suchtmitteln.

Neben der Erreichung einer zufriedenen abstinenten Lebensführung und der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ist es ein wesentliches Rehabilitationsziel, die Ressourcen zu fördern und zu stärken, um den Rehabilitanden aktiv zu Eigeninitiative und Verantwortung zu befähigen.

## 2.3 Phänomen Humor

Humor stellt ein vielschichtiges Phänomen dar, was auch daran erkennbar ist, dass einige Autoren (in Anlehnung an Freud) ihn vom Witz unterscheiden, andere dagegen den Begriff als Sammelbegriff verstehen (vgl. Titze 1995, S. 287).

### 2.3.1 Definition des Humorbegriffs

Auf der Suche nach der Definition von Humor begegnet man immer wieder der Definition im Duden: Als „Gabe eines Menschen, der Unzulänglichkeit der Welt und der Menschen, den Schwierigkeiten und Missgeschicken des Alltags mit heiterer Gelassenheit zu begegnen“ (Duden 2007) wird Humor dort beschrieben. Ähnlich charakterisiert Berger (1998) sein Verständnis von Humor. Er benennt den gutmütigen Humor, der das dahinfließende Alltagsleben vergolde (vgl. S. 116). Dieser Humor rufe eine flüchtige Welt leichter, glücklicher Stimmung hervor. Seine Wirkung sei die eines kurzen, erfrischenden Urlaubs von der Ernsthaftigkeit der Existenz (vgl. S. 117). Bollnow (1964) setzt bei der Definition von Humor bei der Heiterkeit an. Er sieht die menschliche Grundhaltung (er bezieht sich in seinen Ausführungen auf den reifen Erzieher) durch drei hervortretende Züge gekennzeichnet: Heiterkeit, Güte und Humor, die miteinander eng zusammenhängen. **Die Heiterkeit ist die notwendige Voraussetzung für Güte und Humor.** „Sie wird (...) in gleicher Weise auf den

atmosphärischen Zustand des Himmels wie auf die innere Verfassung der Seele angewandt werden“ (Bollnow 1964, S. 1). Bollnow beschreibt den Himmel als heiter, wenn dieser nicht von dunklen Wolken verdeckt ist, sondern „wenn er unter dem Glanz der Sonne in voller blauer Klarheit erstrahlt“ (ebd.). Dazu gehört immer auch eine kühle Frische.

Heute gebraucht man das Wort „heiter“ auch im Bereich des Gefühls oder zur Beschreibung eines Stimmungszustands. Die für den „atmosphärischen Bereich hervorgehobenen Züge bleiben auch im seelischen erhalten“ (ebd., S. 2). Auf den Seelenzustand übertragen, bezeichnet die Heiterkeit den Zustand einer unbeschwerten inneren Wolkenlosigkeit des Gemüts. Von außen kommende Sorgen und Lasten sowie drängende triebhafte Unruhe aus dem Inneren sind als Wolken zu verstehen.

Die Heiterkeit unterscheidet sich durch ihre Stille von den Formen lauter und lebhafter Fröhlichkeit. Sie „ist mehr die Haltung des Betrachtenden, der Abstand gewonnen hat und über den Dingen steht. Ihr Ausdruck ist das stiller gewordene Lächeln“ (ebd.). Bollnow sieht gerade in dieser Überlegenheit auch ihre Dauerhaftigkeit; sonstige Glücksgefühle erleben häufig einen schnellen Wechsel. Paul (1962) preist daher die „stete milde Heiterkeit“ (S. 102 ff.).

Es gibt weitere Verwendungen für den Begriff „heiter“: Ein Mensch kann beispielsweise nach reichlichem Alkoholgenuss „angeheitert“ sein. Dann gibt es eine Form der Heiterkeit, die ganz plötzlich in einer Schulklasse auftreten und sich ausbreiten kann. Diese Heiterkeit ist auch bekannt in parlamentarischen Sitzungen nach einer witzigen Bemerkung oder einem Versprecher des Vortragenden. Sie findet dann meist Ausdruck in lautem Gelächter und zeugt von einer inneren Befreiung und plötzlichen Entspannung. Sie findet gerne dort ihren Platz, wo der Ernst überspannt ist.

Eine andere Form der Heiterkeit wird beschrieben als eine, die „aus den Tiefen der Seele selber aufsteigt“ (ebd., S. 3). Sie entsteht nicht aus der Lächerlichkeit, kommt nicht von selbst. Sie wird vom Menschen erworben und zwar durch den Umgang mit den Schwierigkeiten und Missgeschicken des Lebens. Diese Heiterkeit erwächst aus der Überlegenheit gegenüber den Schwierigkeiten und Widrigkeiten, es kann eine innere Gelassenheit und Ruhe entstehen. Sie schafft einen Abstand ganz eigener Art. Es ist nicht eine kühle Distanz, sondern ein



Bezug, in dem sich der andere liebend aufgenommen findet. Diese stille Heiterkeit belebt die Lebenslust und gute Laune – auch im anderen Menschen. Sie erweckt Vertrauen und Zuversicht zu den eigenen vorhandenen Möglichkeiten. Und aus dieser stillen Heiterkeit erwächst zugleich der eigene Humor (vgl. Bollnow 1964, S. 5).

Humor gilt im Allgemeinen als hochgeschätzte Charaktereigenschaft. Lauer (1974) begreift Humor als ein höchst persönliches Ethos. Und appelliert, dass derjenige, der Humor habe, sich diese Gnade nicht verscherzen sollte. Er setzt damit einen sprachlichen Hinweis auf die Gefahr, alles allzu leichtzunehmen. Ihm geht es darum, mit Humor das Leben zu meistern; Humor als ein Ethos, als eine Gewohnheit, als eine Gabe, die der Mensch besitzt.<sup>24</sup> Wahrer Humor ist „geprägt von der mit der liebenden Teilnahme vergebenden Verantwortung“ (Lauer 1974, S. 341). Andere Autoren beschreiben Humor als eine innere Haltung des Menschen, durch die er sich selbst beim Denken und Handeln zuschauen könne. Titze (1996) vertritt darüber hinaus die Auffassung, dass der Mensch in den meisten Fällen seine Haltung leichter verändern könne als die Situation. Er betont weiter, dass jeder Mensch Humor besitze, er müsse sich lediglich die Erlaubnis dazu geben. Darüber hinaus fordert Titze (1996), dass der Mensch sich dazu von seinem albernen, inneren Kind inspirieren lassen solle. Der typische Erwachsene sei vernünftig und ernst, das typische Kind stehe dagegen noch nicht im Bannkreis perfektionistischer Selbstkontrolle und dem Ernst des Lebens. Titze beschreibt humorvolle und heiter gelassene Menschen als solche, die den Mut zur Lächerlichkeit und zur Unvollkommenheit besitzen. Und das wiederum stelle eine Befreiung vom Zwang des Tadel- und Makellosen dar (vgl. online 2013).

Für Berger (1998) gilt Humor zunächst als eine entscheidende menschliche Erfahrung. Die Fähigkeit, etwas als komisch oder humorvoll wahrzunehmen, ist für Berger universell; für ihn gibt es keine menschliche Kultur ohne diesen Faktor.<sup>25</sup> Er bezeichnet die Fähigkeit zum Komisch- bzw. Humorvollsein als notwendigen Bestandteil des menschlichen Wesens (vgl. Berger 1998, S. XV).

---

<sup>24</sup> Wird dagegen der Mensch vom Humor besessen, hat derjenige keinen Humor mehr, sondern eher besitzt diesen Menschen eine komische Kraft.

<sup>25</sup> Es gibt zu unterschiedlichen Zeiten und in unterschiedlichen Gesellschaften enorme Unterschiede in dem, was Menschen komisch erscheint, und was sie unternehmen, um Komik zu erzeugen (vgl. Berger 1998, S. XV).



Bei seiner Definition bezieht er sich auf das Oxford English Dictionary (1991, im Weiteren OED). Darin wird Humor definiert als Eigenschaft einer Handlungsweise, einer sprachlichen Äußerung oder eines Textes, die belustigt, amüsiert, Befremden, Fröhlichkeit, Heiterkeit und Spaß auslöst. Eine weitere Definition im OED bezieht sich auf die Fähigkeit, das wahrzunehmen, was lächerlich oder amüsant erscheint. Damit trifft das OED eine nützliche und hilfreiche Unterscheidung zwischen einer **Eigenschaft** bestimmter Teile der Lebenswirklichkeit und einer **Fähigkeit**, diese Eigenschaft wahrzunehmen (vgl. ebd., S. 3 f.).<sup>26</sup>

Als die häufigste Ausdrucksform des Komischen im Alltag nennt Berger (1998) den gutmütigen Humor. Dieser löst Vergnügen und Gutmütigkeit aus und verschafft Entspannung und gute Laune im Alltag. Mit dieser Art von Humor kommt der Mensch leichter durch das alltägliche Leben und hält den Widrigkeiten desselben stand. Menschen, die keinen Sinn für Humor haben, unterstellt man einen Charakterdefekt oder einen moralischen Mangel, der es ihnen erschwert, das Leben zu meistern. Gleichzeitig macht diese Haltung auch den Umgang mit ihnen schwierig. Situationen, in denen sich Missgeschicke häufen, werden bei Menschen mit Sinn für Humor zu Gelächter führen und sie erleichtern, vielleicht sogar erlösen. Humor zeigt sich in solchen Fällen als momentane Unterbrechung der nüchternen Lebenstätigkeit und als gesunde Ablenkung. Die Komik im Alltäglichen kann weder geplant noch inszeniert werden. Sie ist eine ganz spontane Reaktion auf die Widersprüchlichkeiten im Alltag (vgl. ebd., S. 116 f.). Dieses Verständnis wird von Trybek (2005) bestätigt und um den Aspekt erweitert, dass die humorvolle Haltung eine dem Menschen zugewandte und wertschätzende darstellt, die verzeiht und versöhnt. Dazu gehört auch, dass humorvolle Menschen mit und nicht über ihre Mitmenschen lachen, dass sie also liebesfähiger und toleranter sind. Der Psychologe Bernhardt (1984) betrachtet Humor ebenfalls als eine Lebenshaltung, die den Menschen und menschliche Verhältnisse, aber auch sich selbst in den Schwächen und Unzulänglichkeiten durchschaut, diese jedoch liebevoll versteht

---

<sup>26</sup> Der Mensch ist zumeist (sofern ihn nicht der Sinn für Humor verlässt) und wenigstens in seinem sozialen Umfeld in der Lage, das Wesen des Komischen zu erkennen, wenn es ihm begegnet. Berger umschreibt das Erkennen des Komischen als die Wahrnehmung einer anderen Zone. Er benennt eine bestimmte Zone der Realität, die in ihrer Wahrnehmung von anderen Zonen getrennt ist, in diesem Fall die Zone des Komischen, in der man in angemessener Weise lachend reagieren kann. Diese Zone des Komischen ist zeitlich oft auf kurze Momente beschränkt und extrem flüchtig. Sie erscheint erkennbar anders, verschwimmt jedoch in der restlichen alltäglichen Wirklichkeit (vgl. Berger 1998, S. 7).

und entschuldigt (vgl. S. 16 f.). Diese Ansicht vertritt auch Strotzka (1957): Für ihn bedeutet Humor die „Fähigkeit zum verstehenden Lächeln“ (ebd., S. 17). Dabei erleichtert eine humorvolle Einstellung zu sich selbst und zur Umgebung dem Menschen das eigene Leben; die humorvolle Haltung lässt den Menschen lebenswerter erscheinen und Spannungen lassen sich in zwischenmenschlichen Beziehungen leichter lösen (vgl. ebd.). Humor gilt als eine lächelnde Lebenshaltung und ein anzustrebender Wert (vgl. Link 2008, S. 45 ff.).

In Anlehnung an die Verwendung des Begriffs „Humor“ von Bremmer und Roodenberg (1999) wird in der vorliegenden Arbeit von einem Humor-Begriff „im allgemeinsten und neutralsten Sinne ausgegangen, um eine ganze Vielfalt an Verhaltensweisen“ (S. 9) abzubilden: „Vom Ausspruch zum Versprecher, vom Streich zum Wortspiel, von der Farce zur Albernheit. Anders gesagt: Wir sehen Humor als jede durch eine Handlung, durch Sprechen, durch Schreiben, durch Bilder oder durch Musik übertragene Botschaft, die darauf abzielt, ein Lächeln oder ein Lachen hervorzurufen“ (Bremmer & Roodenberg 1999, S. 9 ff.).

Den Ausführungen von Bremmer und Roodenberg (1999) folgend, wurde der Humorbegriff im Jahre 1682 erstmals in seiner modernen Bedeutung in England bezeugt; zuvor diente er zur Bezeichnung einer geistigen Anlage oder eines Temperaments. Lord Shaftesbury verfasste 1709 die Schrift „Sensus communis: An essay in the freedom of wit and humour“. Sie war eine der ersten, in der „humour“ in dem heute vertrauten Sinne verwendet wurde.

Obwohl Humor Lachen erzeugen sollte, ist Lachen nicht immer unbedingt das Ergebnis von Humor. Lachen kann als Drohgebärde wirken. Die Verhaltensforschung vertritt die Auffassung, dass das Lachen seinen Ursprung in einer aggressiven Zurschaustellung der Zähne hat (*Überlegenheits- und Aggressionstheorie, Vertreter: Aristoteles, Bergson*). Andererseits kann Lachen auch sehr befreiend wirken: Es ist allgemein bekannt, wie ein Scherz plötzlich eine gespannte Atmosphäre entspannen kann (*hydraulisch emotional-psychologischen Ansatz, Vertreter: Freud, Spencer*). In einem weiteren

Zusammenhang können der Karneval und vergleichbare Festlichkeiten die starren gesellschaftlichen Regeln (*sozialer Ansatz, Vertreter: Kuiper, Lützeler, Pfennig*), denen wir alle unterworfen sind, vorübergehend aufweichen, wenn auch oft eher auf geringem Humorniveau. Angesichts dieser Mannigfaltigkeit bemerkt le Goff (vgl. 1999, S. 44 f.), dass es bis jetzt unmöglich war, in den verschiedenen Worten, Konzepten und Praktiken des Lachens eine Kohärenz festzustellen. Psychologen, Philosophen, Soziologen und Anthropologen haben sich darum bemüht, eine Kohärenz zu finden, eine allumfassende Theorie des Humors und auch des Lachens. Ein Manko, das all diesen Versuchen gemein ist, bleibt die unausgesprochene Voraussetzung, dass Humor und Lachen transkulturell und ahistorisch sind (Ontologie des Humors und des Lachens).<sup>27</sup>

### 2.3.2 Erklärungsansätze

In Anlehnung an Schmidts Aussage (vgl. 2007, S. 307 ff.), dass es die eine Theorie des Lachens nicht gibt und nie geben wird, ist zu konstatieren, dass es auch nicht die eine Theorie des Humors gibt und geben wird. „Wäre es zu definieren, wäre es festgeschrieben und ließe sich kaum mehr freisetzen. Das Wesentliche am Humor aber ist seine Praxis, seine Erörterung dient lediglich der verbesserten Ausübung“ (Schmid 2007, S. 308). Humor ist als Kunst aufzufassen und eröffnet die Chance, Möglichkeiten der Haltung und des Auslebens zu erschließen, einige davon Wirklichkeit werden zu lassen. Diese Wirklichkeit gilt es, immer weiter zu verfeinern. Die tatsächliche Kunst entsteht am „Schnittpunkt zwischen Praxis und ihrer Reflexion, und durch ständige Einübung geht der Humor in Fleisch und Blut über“ (ebd.).

Es setzen sich verschiedene Theorien mit dem Phänomen Humor auseinander. Wie Abbildung 9 zeigt, lassen sie sich in zwei Stränge (intraindividuelle und soziale Theorien) einteilen:

---

<sup>27</sup> „Doch ist das Lachen genauso ein Kulturphänomen wie der Humor. Erfahrungen aus der Feldforschung dokumentieren Reichtum des komischen Ausdrucks auf der ganzen Welt: Manche Stämme lachen leicht, wohingegen von anderen gesagt werden kann, dass sie eher verdrießlich und trübselig seien. Ähnliche Schwankungen lassen sich in der Geschichte Europas erkennen: Die frühen Angelsachsen fanden es normal, sich vor Lachen über den Fußboden zu kugeln, während der heutige Mensch seinen Sinn für Humor oft eher mit einem zivilisierten Kichern ausdrückt“ (Bremmer & Roodenburg 1999, S. 11).

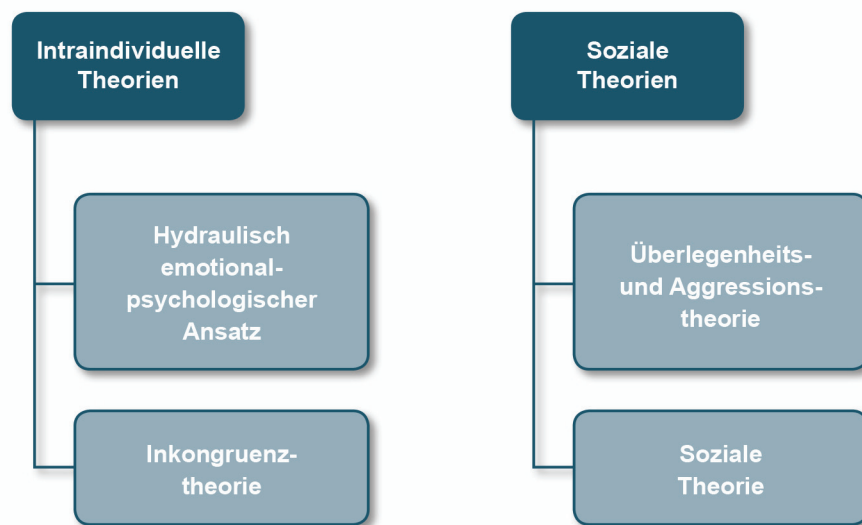


Abbildung 9: Übersicht der Humortheorien

### Intraindividuelle Theorien

Im **hydraulisch emotional-psychologischen Ansatz** wird im Lachen eine psychophysiologische Reaktion eines humorvollen Ereignisses gesehen. Die Vertreter dieser Gruppe sehen den Lustgewinn im Humor vor allem in der Abreaktion. Im Jahr 1860 formuliert der Philosoph Spencer diesbezüglich die erste Spannungsreduktionstheorie (vgl. Frings 1996, S. 43). Der Psychoanalytiker Freud greift Anfang des 20. Jahrhunderts diese Überlegungen auf: Er beschreibt eine kathartische, also auslebende und befreiende Wirkung des Lachens. In seinen Schriften „Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten“ (1905) und „Der Humor“ (1927) identifiziert Freud im Rahmen der reinen Triebtheorie für Witz, Komik und Humor den Hauptentstehungsmechanismus der „Ersparnis“: Er glaubt, dass der Mensch lacht, weil er so innere Spannungen auflöse (vgl. Dröscher 2007). Frings (1996) formuliert Freuds Auffassung vom Witz als Unterstützung zur Überwindung eines inneren Widerstandes. Mithilfe eines Witzes wird „eine Hemmung aufgehoben, zu deren Errichtung ein bestimmter psychischer Aufwand von Nöten war“ (S. 10). Für Freud wird dabei eine nicht weiter erklärte psychische Energie erspart, die zur Blockierung der Lustquelle führt. Der Witz kann die

gehemmten Lustquellen im Unbewusstsein enthemmen und für den Lustgewinn erschließen (vgl. ebd.).

Dem Humor schreibt Freud (1927) die Fähigkeit zur Überlegenheit zu. Die Theorie der Affektersparnis wird ersetzt durch eine Besetzungsverschiebung innerhalb der psychischen Strukturen. Den neuen Entstehungsmechanismus entwickelt Freud über die Erklärung der Erhabenheit und Großartigkeit, die den Humor begleiten. Freud kommt zu dem Schluss, dass ein Teil der Überlegenheit daher rührt, dass der Humorist sich in die Rolle eines Erwachsenen gegenüber einem Kind begibt. Für den Erwachsenen sind die Sorgen und die Leiden des Kindes klein, und er kann sie von oben herab belächeln. In Bezug auf Abwehrleistungen hebt Freud (1927) neben der Erhabenheit vor allem zwei Züge hervor:

- 1) den Trotz gegen die Anforderungen der Realität und
- 2) die Durchsetzung des Lustprinzips.

Dass der Humor Lust ermöglicht und der Realität trotzt, verleiht ihm eine Sonderstellung unter den anderen von Freud angeführten Möglichkeiten der Leidensabwehr wie z. B. Neurose, Wahnsinn, Rausch: Im Unterschied zu diesen Abwehrformen verlässt der Humor nicht den Boden der seelischen Gesundheit. Freud vertritt die Auffassung, dass der Humor im Dienste einer couragiert-relativierenden Einstellung zum Leben steht (vgl. Frings 1996, S. 19; vgl. Link 2008, S. 50 f.).

### ***Funktion des Witzes***

Freud (1905) befasst sich mit dem Witz, in dem er eine Technik des Unbewussten zur Einsparung von Konflikten und zum Lustgewinn sieht. Durch die emotionale Solidarisierung mit Gleichgesinnten wirkt der Witz nach Freud gegen Autorität (Grenzüberschreitung), gegen Sinn- oder auch gegen Andersdenkende. Der Witz findet seine besonderen Entfaltungsformen vor allem in Bereichen, in denen zwanghaft ein Gebot zum Ernst herrscht.

Im seinem Werk „Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten“ fasst Freud am Ende noch einmal zusammen:

*„Die Lust des Witzes schien uns aus erspartem Hemmungsaufwand hervorzugehen, die der Komik aus erspartem Vorstellungs(Besetzungs)-aufwand und die des Humors aus erspartem Gefühlsaufwand. In allen drei Arbeitsweisen unseres seelischen Apparats stammt die Lust von einer Ersparung; alle drei kommen darin überein, dass sie Methoden darstellen, um aus der seelischen Tätigkeit eine Lust wiederzugewinnen, welche eigentlich erst durch die Entwicklung dieser Tätigkeit verlorengegangen ist. Denn die Euphorie, welche wir auf diesen Wegen zu erreichen streben, ist nichts anderes als die Stimmung einer Lebenszeit, in welcher wir unsere psychische Arbeit überhaupt mit geringem Aufwand zu bestreiten pflegten, die Stimmung unserer Kindheit, in der wir das Komische nicht kannten, des Witzes nicht fähig waren und den Humor nicht brauchten, um uns im Leben glücklich zu fühlen“ (GW. Bd. 6 1973, S. 269; vgl. Link 2008, S. 52f.).*

Bremmer und Roodenberg (1999) führen zum Witz Ciceros Verständnis davon auf. Cicero unterscheidet ebenfalls

*„zwischen dem inhaltlichen Witz, etwa beim Erzählen von Anekdoten oder unterhaltsamen Geschichten, und dem formalen Witz, der sich in humorvollen Bemerkungen und Wortspielen äußert. Guter Humor kennt seine Grenzen und vermeidet unter allen Umständen die Nachahmung und die Gestik von Schauspielern und Spaßmachern. Wie Fritz Graf zeigt, erörterte Cicero den Humor für eine Leserschaft aus den oberen Schichten; dieser Humor hatte das Publikum zu amüsieren, ohne seine Würde zu verlieren“ (S. 12).*

### **Exkurs 2: Zur Kunst des Lachens**

Es ist schwer zu beschreiben, was Lachen ist. Neurobiologisch spricht man von einem „subkortikalen“ Phänomen – „als etwas, das der primitiven, irrationalen Instinktschicht entstammt“ (Schmid 2007, S. 307). Es brodelt unter der Oberfläche und schießt plötzlich heraus wie ein Vulkan. Es bricht aus, ob mit oder ohne Grund. Das rechte Maß ist selten

vorhanden. Auch der Weg, den das Lachen nimmt, ist unvorhersehbar: Es kann sich ausbreiten oder „gegen den Lachenden selbst wenden, etwa wenn es ‚im Halse stecken bleibt‘“ (S. 308). Menschen „platzen“ mitunter vor Lachen, andere lachen sich „krank“ oder schütteln sich vor Lachen. Die Gesichtszüge drohen zu entgleisen.

Eine Theorie des Lachens gibt es nicht, hat es nie gegeben. Gegen das Lachen kann niemand ernsthaft etwas sagen. Es obliegt ihm eine rebellische Kraft, welche alle Machtverhältnisse durchbricht. Mächtige fürchten das Gelächter daher mehr als jeden konventionellen Gegner. Es wirkt ansteckend und es besteht immer die Gefahr, dass es zur Epidemie wird. Lachen kennt keine Grenzen. Es ist multikulturell und international. „Dabei ist Lachen nicht gleich Lachen, es gibt vielmehr eine Unzahl von Varianten davon, je nachdem, mit welchem Gefühl es vermischt ist: mit Zorn, Liebe, Hass, Neid und vielem mehr“ (ebd., S. 310). Es ist nicht identisch und in keiner Weise zu verwechseln mit Freude, denn es kann durchaus auch mit Verzweiflung verbunden sein. Des Öfteren ist es gesprenkelt mit Sarkasmus. Dann wird das Lachen zu einem bösen und zu dem, was es einst war: grausam. Darüber hinaus gibt es das Lachen der Kritik. Und „das befreite Lachen, das eine große Spannung mit einem Mal in nichts zerstieben lässt“ (ebd.). Und dann gibt es das Lachen, bei welchem die Schwelle zum Weinen ziemlich niedrig ist. Auch das Lachen des Wahnsinns sei zu nennen, dessen Grund niemand recht kennt. Es hat weder Anfang noch Ende. Aus einer Verlegenheit heraus resultiert das sogenannte infantile Lachen. Es ist nicht zwangsläufig das Lachen eines Kindes. Es entsteht, wenn die missliche Situation größer ist als der Mensch, der sie zu bewältigen hat. Letztlich ist das Lachen ein gesellschaftliches Phänomen. Es ist von hoher Bedeutung, kann es doch bereits wieder Krankheitswert besitzen, wenn jemand für sich allein lacht (also vor sich hin lacht im Sinne eines Selbstgesprächs).

In der Psychogenese des Witzes behandelt Freud den Lustgewinn durch Regression. Er beschreibt die befreiende Stimmungsänderung, die durch den Alkohol hervorgerufen wird und stellt fest, dass das Wertvollste, was der

Alkohol dem Menschen leistet, die Stimmungsänderung sei und daher dieses „Gift“ nicht für jeden gleich entbehrlich sei. „Die heitere Stimmung, ob nun endogen entstanden oder toxisch erzeugt, setzt die hemmenden Kräfte, die Kritik unter ihnen herab und macht damit Lustquellen wieder zugänglich, auf denen die Unterdrückung lastete. Es ist überaus lehrreich zu sehen, wie die Anforderungen an den Witz mit einer Hebung der Stimmungslage sinken. (...) Unter dem Einfluß des Alkohols wird der Erwachsene wieder zum Kinde, da ihm die freie Verfügung über seinen Gedankenablauf, ohne Einhaltung des logischen Zwanges, Lust bereitet“ (GW, VI, S. 142 zit. in Burian 1984, S. 163 f.).

### **Inkongruenztheorien**

Der vorgenannte hydraulische Erklärungsansatz ist primär körperlich ausgerichtet. Im Gegensatz dazu greifen die Inkongruenztheorien auf den Aspekt der kognitiven Dissonanz zurück – Humorreaktionen werden durch das Zusammenwirken bestimmter logisch-kognitiver Prozesse ausgelöst. Sie laufen den Gesetzen normalen Denkens entgegen und werden als inkongruent bezeichnet (vgl. Pfennig 2007, S. 14 ff.). Bereits 1779 formuliert der schottische Philosoph und Poet Beattie die Idee der Inkongruenz. Das Lachen ergibt sich „aus der Beobachtung von zwei oder mehreren inkonsistenten, unpassenden oder inkongruenten Bestandteilen oder Sachverhalten“ (Drösser 2007, S. 2). Auch Kant (1790, S. 190) hat sich mit den Ursachen für das Vergnügen beschäftigt. Er bezeichnet das Scherzen als ein „bloßes Spiel der Vorstellungen“ (zit. Frings 1996, S. 37). Es bringe ein „Gleichgewicht der Lebenskräfte“ (ebd.) im Körper hervor. Deshalb habe es einen wohltätigen Einfluss auf die Gesundheit. Schopenhauer (1819) sieht das Lachen als Ausdruck einer Inkongruenz zwischen dem gedanklichen Konzept und der realen Wahrnehmung eines Objekts: Tritt ein Konflikt zwischen der Wahrnehmung und dem Gedanken auf, so ist die Wahrnehmung meistens korrekt. Lachen bedeute laut Schopenhauer auch deshalb Lustgewinn, da man die Überlegenheit der Wahrnehmung über den Gedanken bemerke. Nach Koestlers (1966) Inkongruenztheorie entsteht die Humorreaktion durch Bisoziation: Eine Idee oder eine Situation in zwei normalerweise unvereinbaren Bezugssystemen wird wahrgenommen – inkongruente Bezugsrahmen treffen



aufeinander (vgl. ebd., S. 36 f.). Die Balance des Affekts sowie des Denkens wird dabei gestört. Eine Bisoziation bedingt einen abrupten Übergang von dem konventionell mit einer Sache verknüpften Denksystem in ein völlig anderes und unerwartetes, das nach anderen logischen Regeln funktioniert. Dieser Zusammenstoß zweier inkongruenter Assoziationsschemata macht für Koestler (1966) die innere Logik eines humorvollen Stimulus aus (vgl. ebd., vgl. Titze 1995, S. 289). Balint (1972) hat zur Bisoziation eine Untersuchung angestellt. In unterschiedlichen Lebenssituationen wird Angst mit Lust gepaart (bisoziiert). Der Gegenstand von Balints Studie ist das ausgelassene Lachen in Achterbahnen oder Schaukeln eines Vergnügungsparks, das durch eine solche Angstlust ausgelöst wird (vgl. Titze 1995, S. 288).<sup>28</sup>

### Soziale Theorien

Die **Überlegenheits- und Aggressionstheorie** stützt sich auf die Vermutung, dass die Basis all dessen, was als komisch oder humorvoll empfunden wird, aggressiver Natur ist. Der französische Philosoph Bergson (2011, S. 14 f.) ist überzeugt, dass das Komische nur innerhalb eines sozialen Kontextes Entfaltung finden kann. Gelacht wird nach Bergson immer über etwas Menschliches. Er vertritt die Auffassung, dass der Gesellschaft alles Abweichende befremdlich ist, und wenn es sich auch nur in körperlichen Defiziten zeigt. Alle Abweichungen werden als mögliche unsoziale Tendenz gewertet und durch das Lachen der anderen praktisch abgemahnt. Bei diesen Ansätzen zeige sich das Lachen vor allem als Reaktion auf Hässlichkeit und Schwäche, ein außenorientiertes Lachen über andere tritt in den Vordergrund. Es handelt sich dabei um ein Lachen zur Etablierung einer überlegenen

---

<sup>28</sup> Humorforscher des 19. Jahrhunderts (wie etwa Paul) verstanden das Phänomen des Humors als eine Facette des Komischen. Die Hauptbedingung für die Entstehung des Komischen wurde in der Wahrnehmung von ästhetischen oder logischen Widersprüchen gesehen.

Arthur Koestler (1990) führte diese Widersprüche auf die Beigesellung (Bisoziation) logisch unvereinbarer Bezugssysteme zurück: Es wächst zusammen, was nicht zusammen gehört (vgl. Titze & Patsch 2008, S. 126). Bereits im 18. Jahrhundert verwendeten britische Philosophen in diesem Zusammenhang die Begriffe Inkongruenz bzw. Inkonsistenz. So schrieb 1776 James Beattie: „Lachen ergibt sich aus der Beachtung von zwei oder mehreren inkonsistenten, unpassenden oder inkongruenten Bestandteilen oder Sachverhalten, von denen man annimmt, daß sie innerhalb eines komplexen Ganzen vereinigt sind oder daß sie eine gegenseitige Beziehung aufrecht erhalten“ (zit. n. Preisendanz 1974, S. 889).

Die Inkongruenztheorie wurde auch Gegenstand philosophischen Interesses. Immanuel Kant beschrieb das Lachen als einen Affekt, der „aus der plötzlichen Verwandlung einer gespannten Erwartung in Nichts“ ([1790]1976, S. 276) entspringt. Und Schopenhauer erklärte: „Je größer und unerwarteter in der Auffassung des Lachenden diese Inkongruenz ist, desto heftiger wird sein Lachen ausfallen“ ([1819] 1991, S. 122).

Inkongruenz entsteht, wenn das Normale unerwartet unterbrochen wird, wenn „Begriff und Anschauung auseinander fallen“ (Bachmaier, 2005, 124).

sozialen Position bzw. um ein Lachen über einen als minderwertig eingeschätzten Menschen, das die Wahrnehmung eines Defizits im Gegenüber meint. Dabei liegt der Lustgewinn in dem Gefühl des Triumphes über den anderen und der damit verbundenen Selbstaufwertung (vgl. ebd.). Bereits in der Antike finden sich Vorläufer zu dieser Theoriegruppe: So vertrat beispielsweise Aristoteles (384–322 v. Chr.) die Auffassung, dass das Lachen eine Form des Komischen sei, die aber weder Schmerz noch Unrecht bereite. In seiner Rhetorik untersucht Aristoteles den Einsatz des Lachens zum Zwecke der Überzeugung, der Missbilligung oder der Kontrolle (vgl. Aristoteles 1979, S. 21). Die **Soziale Theorie** zum Humor beschreibt u. a. die holländische Soziologin Kuipers (2006). Sie untersucht das Verständnis von Humor in unterschiedlichen Ländern. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass Humor zeigt, wo die Trennlinien in einer Gesellschaft verlaufen: Wer lacht mit wem? Wer rümpft über was die Nase? Des Weiteren stellt sie fest, dass die Völker nicht nur über unterschiedliche Dinge lachen, sondern dass sie Humor auch dazu benutzen, um soziale Barrieren einzureißen oder aber zu errichten (vgl. Drösser 2007, S. 3). Ähnliches beschreibt Kotthoff (1996) in Bezug auf die Geschlechter: Humor ist nicht immer harmlos; er kann zwar Herrschaftsverhältnisse unterlaufen<sup>29</sup>, viel häufiger bestätigt er sie jedoch. In letzterem Fall dient Humor als Instrument sozialer Kontrolle (sozio-negativ). Hier wird die Person, die in ihrem Verhalten von der Gruppe abweicht oder deren Norm nicht erfüllt, durch Lächerlichkeit bestraft (vgl. Berger 1998, S. 69 f.). Weiter erklärt Kotthoff (1996), dass ein Lachen, das nicht erwidert wird oder ein Scherz, auf den niemand reagiert, Machtstrukturen aufscheinen lässt: Wo niemand lacht, dort verschwindet und versiegt die Lust am Humor (vgl. S. 121 ff.). Pfennig (2007) vertritt die Meinung, dass die soziale Theorie die Herstellung von Gemeinsamkeit im Lachen mit anderen betont. „Das Gruppengefühl ist eminent wichtig in therapeutischen Humoransätzen“ (Hänni 2013). Das führt zu einer emotionalen und vertrauensvollen Nähe zwischen den Einzelnen – auch im Falle eines Missgeschicks oder einer Schwäche. Dem gemeinsamen Lachen wird auch eine positive korrigierende Funktion zuteil: Die Mitglieder unserer Gesellschaft sollen sich flexibel aneinander anpassen. In diesem Zusammenhang kann

---

<sup>29</sup> Berger berichtet in seinem Buch von einem Abteilungsleiter, der zu einem Angestellten, der wiederholt einen Tag gefehlt hat, sagt: „Vergessen Sie nicht: Ihre Großmutter ist schon zweimal gestorben“ (S. 69).

Lachen an den Punkten erziehen, wo Mitmenschen aus der sozialen Norm fallen. Pfennig vergisst dabei nicht, dass andererseits Lachen auch negative Effekte bewirken kann: Die durch den Humor ausgelöste Erleichterung und Entspannung kann zu vorschnellen Handlungen führen, innovative Kräfte können behindert werden. Die notwendige und mögliche Veränderung kann gegebenenfalls nicht zustande kommen (vgl. S. 16 ff.).

Lützeler (1955) erklärt den Humor als milieugebunden. Er sei aber insofern auch milieuübergreifend, als im Humor immer ein „ein lächelndes Ja zur Umwelt gesprochen“ (Lützeler 1955, S. 21 zit. in Schütz 1964, S. 236) werde.

### 2.3.3 Wirkungen des Humors

Wenn Stress, Belastung und Leiden den Menschen kränken, dann heilt das Gegenteil: Entschleunigung, Entlastung und Wohlbefinden fördern die physische Gesundwerdung und Gesunderhaltung. Dazu tragen Humor und Lachen bei (vgl. Robinson 1977, S. 29 ff.; Berger 1998, S. 53 ff., 116). In Anlehnung an Mindess (1971, S. 337 f.) geht Berger davon aus, dass das positive und dem Wesen nach harmlose Lachen die Gesundheit fördere. Doch diese Funktion erfüllt nicht jede Form von Humor und Lachen: Man spricht auch von einem ungesunden Humor, der in Zusammenhang mit dem sozio-negativen Humor steht (vgl. Berger 1998, S. 69 f.).

Es wurde festgestellt, dass sich Patienten im Krankenhaus schneller erholen, wenn ihnen mit Humor begegnet wird und sie ihre Lage (im wahrsten Sinne des Wortes) mit Humor betrachten können. Es wird vermutet, dass die Möglichkeit und die Fähigkeit zum Humor in positiver Wechselbeziehung mit dem Lebenswillen und mit der Fähigkeit stehen, einer Krankheit entgegenzutreten zu können (vgl. ebd. S. 71 f.). Darüber hinaus erleichtert eine humorvolle Haltung die Beziehung zwischen Patienten und Fachkräften; ebenso zwischen den verschiedenen Hierarchiestufen der Fachkräfte.

Die Wirkungen des Humors und heiterer Gelassenheit sind auf

### ***emotionaler Ebene:***

- Lösung emotionaler Hemmungen und Blockaden sowie verdrängter Affekte;
- humorvolle Kommentare/Wortspiele stellen eine emotionale Bindung zwischen Gesprächspartnern her, welche ein vergnügliches Miteinander und Gruppenkohäsion ermöglichen (vgl. Ziv 1984, S. 29 ff.; vgl. Titze & Eschenröder 1998, S. 49);
- gemeinsames Lachen führt zu unmittelbarem Austausch zwischenmenschlicher Gefühle und Erleben von Gleichwertigkeit; Öffnung gegenüber eigenen Gefühlen; aufgebaute Spannungen werden aufgelöst, latente oder aufgestaute Energien werden freigesetzt (vgl. Gruntz-Stoll 2001, S. 59);
- natürlicher Ausdruck der Erleichterung, wenn eine Gefahr abgewandt wurde (vgl. Lorenz 1963, S. 173 f.; vgl. Titze & Eschenröder 1998, S. 49).

### ***kognitiver Ebene:***

- Das kreative Potenzial wird angeregt; Fähigkeit zur Bewältigung von Widrigkeiten wird aktiviert.
- Kognitiver Purzelbaum fördert Perspektivenwechsel und erforschende Haltung gegenüber scheinbar unveränderbaren Handlungen und Einstellungen; Entscheidungsprozesse können in Gang gesetzt werden, kognitive Freiräume werden geschaffen (vgl. Salameh 2007, S. 41 ff.).
- Das Absurde an einer Situation kann erkannt werden; Aufweichung festgefahrener Denk- und rigider Verhaltensmuster (vgl. Höfner & Schachtner 2006, S. 54; vgl. Gruntz-Stoll 2001, S. 24).

### ***kommunikativer Ebene:***

- Wirkt gleichermaßen befreiend und entspannend wie fesselnd und verbindend (vgl. Gruntz-Stoll 2001, S. 58);

- verhilft, in angemessener Weise angewandt, zu einem freundlichen und konstruktiven Umgangston, der ein positives Aktionsbündnis fördert;
- Interaktionsweise ist von Offenheit und Gleichwertigkeit geprägt (vgl. Coser 1959, S. 172).

### ***physiologischer Ebene:***

- Erheiterung zeigt sich offensichtlich in einem Lächeln oder Lachen als spontane Reaktion des Körpers auf ein als angenehm empfundenes Gefühl.
- Echtes Lächeln<sup>30</sup> drückt Zustand des heiteren Glücksgefühls aus, bewirkt positive Emotionen.
- Vielfältige Veränderungen im Bereich der Atmung und Muskulatur sowie neurologische Prozesse werden in Gang gesetzt, die sich insgesamt positiv und heilsam auf den menschlichen Organismus auswirken (vgl. Rubinstein 1985, S. 72 ff; vgl. Titze & Eschenröder 1998, S. 17 ff.).

Die physiologischen Auswirkungen des Lachens untersuchte der amerikanische Psychiater Fry in den 1960er-Jahren. Er ist der Nestor der Wissenschaft vom Lachen, der Gelotologie. Bei seiner Analyse der Arbeit von Komödianten, Kabarettisten und Clowns entstand die Erkenntnis, dass Lachen die Genesung fördert. Der heutige Einsatz u. a. von Krankenhausclowns ist auf seine Forschungsarbeiten zurückzuführen.

Bildhaft zusammengefasst kann Humor und damit auch heitere Gelassenheit als ein Rettungsanker zum Überleben (vgl. Ruckgaber 2012, S. 279) betrachtet werden. In einer Situation oder Lebenslage, die aussichtslos erscheint, kann der Humor eine immense Kraft entwickeln<sup>31</sup>, „that ability to laugh added a bit of sanity to a senseless situation and made it more bearable.“ (Eger 1981, S. 97).

---

<sup>30</sup> Von Salisch (1988) unterscheidet das echte (spontane) Lächeln vom unechten Lächeln (in Abhängigkeit von den sozialen Regeln). Beispielfhaft nennt er das höfliche Lächeln von Stewardessen. Die Lachforschung „kennt 18 verschiedene Formen des Lächelns, die sich alle in der Mimik unterscheiden. Aber nur eines dieser Lächeln ist an das Empfinden von Freude und Glücklichkeit gebunden. Die anderen Formen drücken Aufmerksamkeit aus und Peinlichkeit, Höflichkeit und Anerkennung, Bereitschaft zur Unterstützung und Beschwichtigung oder sie kaschieren negative Gefühle wie Ekel und Abneigung“ (Leuenberger 2013, S.38).

<sup>31</sup> In Frankls Werk „...und trotzdem Ja zum Leben sagen“, beschreibt er seine Erlebnisse im Konzentrationslager. Ein Kapitel widmet er dem Lagerhumor. Einleitend beschreibt er dort: „Ist schon erstaunlich genug für den Außenstehenden, dass es im Konzentrationslager so etwas wie Natur- und Kunsterleben gibt, so mag es noch erstaunlicher klingen, wenn ich sage, dass es dort auch Humor gibt“ (zit. in Batthyany et al. 1977, S. 76).

Oft herrscht das Denken vor, es müsse einem der Humor vergehen, da das alles keinen Sinn mehr zu machen scheint. Jedoch kann das inkongruente Denken, das im Humor zum Ausdruck kommt, einen Menschen wieder zur Mobilisierung seiner Ressourcen befähigen – und zwar zunächst im Kleinen. Frankl charakterisiert Lachen als eine „Trotzmacht des Geistes“ (zit. in Biller & Stiegeler 2008, S. 478 f.), die alle Grenzen überschreitet. Sie hält sich weder an Regeln der Vernunft, noch beugt sie sich den rigiden Anforderungen von Anstand und Moral. Weiter betont und fordert Frankl das kurzfristige Denken, wie es in der Kindheit vorherrscht – als der Mensch sich noch nicht so viele Gedanken über das gemacht hat, was am nächsten Tag kommen wird. Das Leben – und ebenso das Denken – wird dann wieder sinnvoll, wenn es auf den Moment bezogen wird (vgl. Titze 2003, o. S.).

Humor gehört zum Themenbereich der Positiven Psychologie. Diese hat sich zum Ziel gesetzt, Stärken und Ressourcen von Menschen zu fördern. Der Sinn für Humor gilt im Allgemeinen als hoch geschätzte Persönlichkeitseigenschaft, welche mit weiteren positiven Charakterzügen in Verbindung gebracht wird. Dazu zählen: Selbstakzeptanz, persönliche Größe, Kontrolle über die unmittelbare Umwelt und positive Beziehungsmuster mit anderen sowie Autonomie und Lebensziele als die sechs wichtigsten Charakterzüge in Bezug auf psychologisches Wohlbefinden (Kuiper & Martin 1998). Diese Eigenschaften wurden in einem weit gefassten Konzept von Ryff (1989), basierend auf u. a. humanistischen und psychodynamischen Sichtweisen, formuliert.

### 2.3.4 Gegenwärtiger Humorbegriff

Wie zu Beginn des Kapitels 2.3 Phänomen Humor (S. 39) angedeutet, stellt Humor ein vielschichtiges und komplexes Phänomen dar. Es liegt beachtlich viel Literatur zu den verschiedenen Erscheinungen des Komischen vor - was die Größe der Herausforderung zeigt, das Komische und den Humor wissenschaftlich in den Griff zu bekommen.

Jeweils gegen Ende des 16. und 17. Jahrhunderts erscheint das Wort Humor im Deutschen im Sinne von Temperament und Charakter, also als ein dem Menschen eigentümliches Wesen. Im Laufe der Zeit entwickelt sich die Bedeutung des Wortes in zwei Richtungen: Humor als vorübergehende Stimmung und augenblickliche Laune einerseits und als menschliche Haltung andererseits. Im 18. Jahrhundert wird das Wort allmählich mit dem Inhalt gefüllt, der seinen heutigen Sinn ausmacht. Zunächst wurden Laune und Humor im oben beschriebenen Sinn einander gleichgesetzt, später wurden beide Wortbedeutungen voneinander getrennt. Dies begründet sich damit, dass Laune mehr ein Ausdruck von etwas Veränderlichem und Mürrischem darstellt, Humor dagegen ein freundliches, heiteres und aufgeräumtes Wesen bezeichne. Paul (1963) bezeichnet den Humoristen als einen Menschen, der sich selbst zum Gegenstand des komischen Konflikts machen möchte, der in sich selbst die erheiternden Inkongruenzen der Welt und der Menschen aufdeckt, weil er sich als Teil dieser unvollkommenen Welt und stets irrenden Natur menschlicher Unvollkommenheit eng zugehörig empfindet. Damit hat sich der Sinn des Wortes Humor verlagert: vom passiven Zustand des Unbewussten zum aktiv Handelnden des Bewussten und damit zur Fähigkeit, diese (humorvolle) Eigenschaft bewusst zu erfassen und zu nutzen, um in sich selbst und in der Gesellschaft Heiterkeit (über sich und über die Gesellschaft) zu erzeugen. Dabei bleibt der Humorist zugleich immer an das schmerzliche Gefühl irdischer Unzulänglichkeit gebunden (vgl. Schütz 1963, S. 198 f.). Während Paul (1963) den humoristischen Charakter im Sinne des Narren beschreibt, wird er im heutigen Sinne von Weisheit und Bewusstsein bestimmt (vgl. Paul, S. 115 ff.; vgl. Lauer 1974, S. 99).

Betrachtet man die gegenwärtige angloamerikanische Klassifikation, so wird der Begriff Humor breiter gefächert definiert und beinhaltet neben den positiven auch die negativen Bedeutungen (vgl. Ruch 1998). Humor bedarf meist eines interpersonalen/situativen Kontextes. Darüber hinaus kennzeichnen Haltungen wie: sich selbst nicht allzu ernst zu nehmen, auch über sich selbst lachen zu können, einen gelassenen Blick auf das Leben zu haben etc., einen intrapsychischen Ablauf, der mittels Humor in Gang gesetzt werden kann. Des Weiteren zeichnet sich Humor als Zustand (Heiterkeit, Amüsiertheit) oder als

Persönlichkeitsmerkmal (Sinn für Humor) aus, was wiederum die kognitive Grundlage für die emotionale Humorreaktion darstellt.

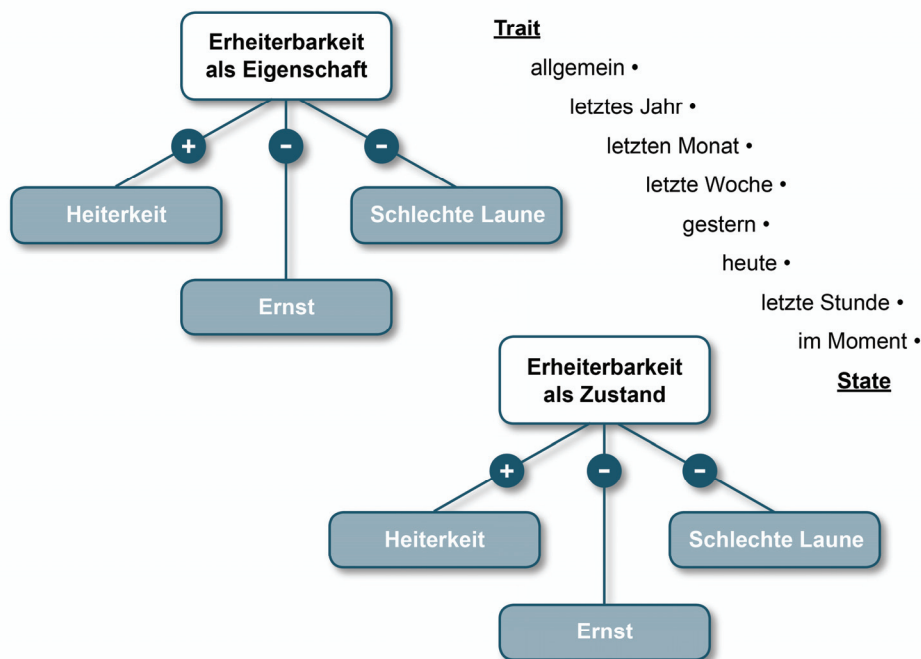
Gegenwärtig sieht die Persönlichkeitspsychologie im Sinn für Humor ein dauerhaftes Persönlichkeitsmerkmal (ebd.). Diese Perspektive umfasst:

1. allgemeine Verhaltensmuster (wie die Neigung, andere zum Lachen zu bringen und/oder über Witze von anderen zu lachen),
2. Fähigkeiten, Humor zu initiieren, zu verstehen und zu replizieren,
3. ästhetische Komponenten (das Bevorzugen von unterschiedlichen humorvollen Reizen),
4. Haltungen (positive Haltungen zum Humor und zu humorvollen Menschen),
5. Sichtweisen (unbeschwerte Weltanschauung) und
6. Bewältigungsstrategien (die Gabe, auch in krisenhaften Situationen eine humorvolle Sicht auf die Dinge zu bewahren).

### **2.3.5 Das State-Trait-Modell der Erheiterbarkeit**

„Sinn für Humor“ zeigt sich einerseits in humorvollem Erleben (Zustand „State“), andererseits wird es als ein Persönlichkeitsmerkmal im Sinne einer Eigenschaft („Trait“) verstanden, das auf eine bestimmte Persönlichkeitsdisposition im Zusammenhang mit Humor deutet.





**Abbildung 10: State-Trait-Modell der Erheiterbarkeit  
(Ruch & Zweyer 2007)**

Wie die Abbildung 10 zeigt, setzt sich die *Erheiterbarkeit* aus drei Komponenten zusammen: Heiterkeit, Ernst und Schlechte Laune. Für alle drei Komponenten wird eine Unterscheidung zwischen State- (Zustand) und Trait-Versionen (habituelle Merkmale) vorgenommen. Es gibt verschiedene Abstufungen dahingehend, wie lange die verschiedenen Zustände stabil sind. Dementsprechend können kurzlebige Stimmungsschwankungen genauso wie längerfristige Veränderungen im Stimmungsniveau auftreten. Daher wird unterschieden, ob Individuen von aktuellen Gefühlen oder habituellen Gefühlen und Verhalten berichten.

Dieses Modell ist relevant für die Untersuchung, da zwei der Erhebungsinstrumente darauf abzielen festzustellen, inwieweit durch das im Forschungsprozess angewandte Humor-Sensibilisierungs-Programm (HSP) kurzfristige Stimmungsveränderungen eingeleitet werden können bzw. ob sich durch die Teilnahme am Programm eine längerfristige Veränderung im Sinne eines Persönlichkeitsmerkmals abbilden lässt.

### Arbeitsdefinition Humor und heitere Gelassenheit

Es wird von einem Humorbegriff „im allgemeinsten und neutralsten Sinne ausgegangen, um eine ganze Vielfalt an Verhaltensweisen“ (Bremmer & Roodenberg 1999, S. 9 ff.) abzubilden: „Vom Ausspruch zum Versprecher, vom Streich zum Wortspiel, von der Farce zur Albernheit. Anders gesagt: Wir sehen Humor als jede durch eine Handlung, durch Sprechen, durch Schreiben, durch Bilder oder durch Musik übertragene Botschaft, die darauf abzielt, ein Lächeln oder ein Lachen hervorzurufen“ (ebd.)

Humor und heitere Gelassenheit bedeuten die Fähigkeit zum verstehenden Lächeln. Eine lächelnde Lebenshaltung zu sich selbst und zur Umgebung erleichtert dem Menschen das eigene Leben; sie lässt den Menschen lebenswerter erscheinen und Spannungen in zwischenmenschlichen Beziehungen leichter lösen.

## 3. Stand der Forschung



„Erst zweifeln, dann untersuchen, dann entdecken!“

Henry Thomas Buckle (1821-1862), englischer Kulturhistoriker

In der **Gesundheitsforschung** werden neue oder bessere Diagnoseverfahren und Therapien entwickelt, um kranke Menschen effektiver zu unterstützen. Es werden neue Ansätze und Wege zur Prävention gesucht. Aktuell fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung (im weiteren BMBF) die Gesundheitsforschung mit rund 5,5 Milliarden Euro. Der Schwerpunkt liegt seit der Verabschiedung des „Rahmenprogramms Gesundheitsforschung“ (2010) auf der Erforschung der sogenannten Volkskrankheiten. Damit zielt die **Bundesregierung** darauf ab, dass alle Menschen von den Forschungsergebnissen profitieren können (vgl. BMBF).

### 3.1 Stand der Suchtforschung

Die **Deutsche Rentenversicherung Bund** (im weiteren DRV) ist einer der Hauptträger von Leistungen zur Rehabilitation. Die wissenschaftlich fundierte Weiterentwicklung der Leistungen (Rehabilitationswissenschaften) ist ein wesentliches Element ihres Verantwortungsbereiches. Die Rehabilitationswissenschaften<sup>32</sup> sind eine relativ junge Disziplin der Humanwissenschaften, deren Gegenstand die grundlegenden und angewandten Aspekte der Rehabilitation sind. Sie erarbeiten die wissenschaftlichen Grundlagen der Rehabilitation. Im Mittelpunkt stehen die arbeitsbezogenen Auswirkungen von chronischer Krankheit und Behinderung

<sup>32</sup> Der Bereich Reha-Wissenschaften im Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation der DRV fördert als Grundsatz- und Querschnittsaufgabe Forschungsvorhaben auf dem Gebiet der Rehabilitationswissenschaften.

sowie deren Bewältigung. Dabei werden individuums-, institutions- und bevölkerungsbezogene Perspektiven der Folgen von Krankheit und Behinderung berücksichtigt. Charakteristisch für die Rehabilitationswissenschaften ist ihr hoher Grad an Interdisziplinarität von Gesundheitswissenschaften und Sozialwissenschaften, aber auch z.B. Ingenieurwissenschaften. Kernthemen sind u.a. die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs, die Entwicklung effizienterer Behandlungsmethoden oder die optimale Einbindung der Rehabilitation in das System der Gesundheitsversorgung.

Als eigenständige wissenschaftliche Fachgesellschaft wurde im Jahr 2000 die Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (im Weiteren DGRW) gegründet (vgl. Koch & Buschmann-Steinhage 2004, S. 263 ff.).<sup>33</sup>

Die DRV Bund trägt Verantwortung für die Prozess- und Ergebnisqualität der Rehabilitation ihrer Versicherten. Dazu gehört einerseits die Unterstützung für Forschungsvorhaben, die der Weiterentwicklung der Rehabilitation dienen. Andererseits geht es aber auch um die Sorge für den ungestörten Ablauf des individuellen Rehabilitationsprozesses. Forschungsprojekte dürfen daher keine *erheblichen oder unzumutbaren zeitlichen oder inhaltlichen Belastungen* für teilnehmende Rehabilitanden der DRV beinhalten. Eine gezielte Forschungsförderung setzt die Analyse von *Forschungsbedarf* voraus. Die DRV hat unter anderem auf der Grundlage der Expertise „Bestandsaufnahme und Zukunft der Rehabilitationsforschung in Deutschland“ Themen für die DGRW zusammengestellt, zu denen aus ihrer Sicht Forschungsbedarf im Bereich Rehabilitation und Erwerbsminderung besteht (vgl. DRV).

Der FVS fordert „wissenschaftliche Studien über die Wirksamkeit einzelner Behandlungsformen“ als „Grundlage für die weitere Entwicklung des

---

<sup>33</sup> „Die DGRW versteht sich als gemeinnütziger, interdisziplinär und multiprofessionell arbeitender und zur unabhängigen wissenschaftlichen Erkenntnis verpflichteter Zusammenschluss von wissenschaftlichen und klinischen Experten aus verschiedenen Bereichen der Rehabilitation. An ihrem Verständnis von Rehabilitation orientiert sich die Gesellschaft am biopsychosozialen Modell von Gesundheit und Krankheit der WHO und fokussiert primär die individuellen und sozialen Auswirkungen von (chronischer) Krankheit, Unfall und angeborenem Leiden oder des Alterns. Vorrangige Themen der Rehabilitationswissenschaften sind Entstehung, Verlauf und Prognose von Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit und Teilhabe in Gesellschaft und Beruf, die Entwicklung und Evaluation von Assessments und rehabilitativen Interventionen sowie die Weiterentwicklung des Rehabilitationssystems unter sich verändernden gesellschaftlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen. Die DGRW ist der Förderung einer so ausgerichteten Forschung und Lehre sowie der Verbreitung und Umsetzung rehabilitationswissenschaftlicher Erkenntnisse in die rehabilitative Praxis verpflichtet“ (DGRW, 07.08.2013).

Behandlungssysteme und seiner ambulanten, teilstationären, stationären und kombinierten Bausteine“ (2012, S. 78). Weiterhin regt der FVS an, „dass ausgewählte Forschungsvorhaben im Sinne der Weiterentwicklung einer praxisnahen Versorgungsforschung unter Beteiligung der Rehabilitationseinrichtungen und der maßgeblichen Suchtverbände durch die Leistungsträger wie auch die zuständigen Bundesministerien finanziell gefördert werden. Aus derart wissenschaftlich begleiteten Projekten können wichtige Impulse für die Suchtbehandlung resultieren“ (ebd., S. 79).

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (im Weiteren AWMF) sowie die DRV Bund haben „im Rahmen der Entwicklung von Therapiestandards in der Rehabilitation die wissenschaftliche Fundierung und Evidenzbasierung der stationären Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit untersuchen lassen“. Ziel war die Bestimmung von Therapiemodulen, „die Bestandteil der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker sein sollen“. Es handelt sich zum einen um evidenzbasierte Therapiemodule, zum anderen um solche, die sich aus der Versorgungspraxis im Sinne eines Expertenkonsenses oder aufgrund von Trägeraufgaben ergeben, solange diese nicht nachweislich unwirksam oder gar schädlich sind.

Die Professur für Suchtforschung am Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden (im weiteren TUD) versteht „Suchtforschung (...) als Schnittstelle zahlreicher wissenschaftlicher Einzeldisziplinen“ (TUD 2000).

Der Grundstein für die Suchtforschung in Deutschland wurde mit der Verabschiedung des „Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplans“ (1990) gelegt. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung war damit aufgefordert, Forschungsprojekte zur Verminderung des Drogenkonsums zu initiieren. Die inhaltlichen Ziele der ersten Fördermaßnahme (öffentliche Bekanntmachung vom 09.12.1992) umfassten die Aufklärung der Ursachen einer Suchtentwicklung und die Entwicklung von Ansätzen für eine erfolgreiche Prävention, therapeutische Behandlung und Rehabilitation von Suchtkranken. In struktureller Hinsicht sollte in interdisziplinären Ansätzen eine

konkurrenzfähige Suchtforschung etabliert bzw. gefestigt werden. Der Verknüpfung der Grundlagenforschung mit der klinischen Forschung und der Kooperation zwischen universitärer und außeruniversitärer Forschung wurde dabei eine hohe Bedeutung beigemessen. Es wurde eine substanzielle Stärkung der Suchtforschung konstatiert, gleichzeitig jedoch auf die Notwendigkeit einer Fortsetzung der Förderung zur weiteren Konsolidierung hingewiesen.

Das Ziel der darauf aufbauenden zweiten Fördermaßnahme war vor allem die Unterstützung der anwendungsorientierten Suchtforschung. Die Forschung sollte stärker auf die Versorgung der Suchtkranken ausgerichtet werden. Ferner sollten der Transfer von Forschungsergebnissen in die Versorgung verstärkt und langfristige Strukturen der Zusammenarbeit entwickelt werden. Der Verknüpfung verschiedener Disziplinen der versorgungsorientierten Forschung mit den Versorgungseinrichtungen sollen interdisziplinäre Forschungsverbünde mit regionalem Schwerpunkt im Hinblick auf den Forschungstransfer dienen (vgl. BMBF).

Zahlreiche Forschungsarbeiten belegen die Bedeutung und das Interesse daran, die Entstehungsmechanismen und Gründe zur Aufrechterhaltung des Suchtverhaltens zu untersuchen. Beispielhaft werden in dieser Arbeit die Forschungsbereiche und Forschungsarbeiten am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit der Universität Heidelberg, Fakultät für Klinische Medizin Mannheim (im Weiteren ZI) sowie der TUD vorgestellt, weder abschließend noch mit Anspruch auf Vollständigkeit. Die Auswahl erfolgt deshalb, weil am **ZI** 1999 erstmals in Deutschland ein Lehrstuhl für Suchtforschung eingerichtet wurde (vgl. Mann 2000, S. 705). Die Forschungsaktivitäten am Lehrstuhl fokussieren auf neurobiologische und psychosoziale Faktoren, die für die Entwicklung von stoffgebundenen und nicht stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen sowie deren Bewältigung bedeutsam sind. Im Mittelpunkt der Forschungsarbeiten stehen Studien der medikamentösen und psychotherapeutischen Möglichkeiten der Rückfallvorbeugung. Fragestellungen zur Verbreitung und Häufigkeit stoffgebundener Abhängigkeiten vornehmlich in speziellen Risikogruppen bilden einen weiteren Schwerpunkt. Perspektiven für

Qualitätssicherung und Weiterbildung sowie Kostenaspekte und die Nutzung von Hilfeangeboten werden verfolgt. Die Optimierung und Vernetzung in Forschung, Versorgung und Weiterbildung ist ebenfalls Gegenstand der Forschung. In Zusammenarbeit mit dem Institut für Psychopharmakologie des ZI werden präklinische Studien in Bezug auf neurobiologische Mechanismen abhängigen Verhaltens durchgeführt (vgl. ZI, online 2013).

An der **TUD** wurde 2005 eine Stiftungsprofessur für die Suchtforschung eingerichtet. Im Vordergrund der Arbeit der Professur steht die Grundlagenforschung. Ziel ist ein besseres Verständnis der ursächlichen Abläufe als Grundlage für die Entwicklung störungs- und personenspezifischer präventiver und therapeutischer Maßnahmen sowie die Erforschung von Interventionen zur Reduzierung abhängigen Verhaltens, sowohl auf der individuellen (Therapie) als auch auf der gesellschaftlichen Ebene (Gesundheitspolitik, Besteuerung) (vgl. TUD, online 2013).

#### 3.1.1 Bereiche der Suchtforschung

In der deutschen Suchtforschung werden zwei zentrale Bereiche unterschieden. Der Bereich 1 umfasst die Erforschung der Entwicklung abhängigen Verhaltens, der Bereich 2 die Erforschung der Modifikation abhängigen Verhaltens:



**Abbildung 11: Gliederung der Suchtforschung in zwei Bereiche**



**Abbildung 12: Gliederung des Bereiches 1 – Entwicklung abhängigen Verhaltens**

In Anlehnung an das ZI und die TUD ist der Bereich der Erforschung abhängigen Verhaltens nochmals in zwei Forschungsstränge zu gliedern:

#### **Forschungsbereich 1: Epidemiologische Studien zur Ätiologie von Substanzgebrauch, Glücksspielen und anderen pathologischen Formen exzessiven Verhaltens**

In diesem Forschungsbereich werden die Risikofaktoren und die Verläufe von Substanzkonsum und -störungen bei Adoleszenten und jungen Erwachsenen für verschiedene Substanzen anhand der Daten der epidemiologischen prospektiv-longitudinalen EDSP-Studie untersucht. In einer weiteren Studie werden anhand qualitativer Interviews mit Spielern aus der Allgemeinbevölkerung erste Hypothesen für die spätere Durchführung epidemiologischer (Längsschnitt-)Studien zur Identifikation von Risikofaktoren und Korrelaten pathologischen Glücksspiels gewonnen.



#### **Forschungsbereich 2: Störungen der kognitiven Kontrolle und des Lernens als zentrale ätiopathologische Faktoren für die Entwicklung abhängigen Verhaltens**

Trotz zahlreicher neuer Erkenntnisse in der Erforschung von Substanzstörungen werden die genauen Vermittlungsmechanismen, die dem Übergang vom gelegentlichen Substanzkonsum in eine Abhängigkeit oder dem Rückfall nach erfolgreichem Entzug zugrunde liegen, nach wie vor unzureichend verstanden. Im Vordergrund dieses Forschungsbereichs stehen zwei mögliche, sich ergänzende Vermittlungsmechanismen: Zum einen beschäftigen sich die Projekte mit Beeinträchtigungen kognitiver Kontrollfunktionen (z. B. Inhibition habitueller Reaktionen) und Prozessen der Konfliktüberwachung, die einhergehen mit einer mangelnden Ausrichtung des Verhaltens an langfristigen Zielen und einer reduzierten Fähigkeit, habituelle oder impulsive Reaktionen auf substanzassoziierte Reize zu unterdrücken. Zum anderen geht es um veränderte belohnungsassoziierte Lernprozesse, die ein zunehmendes Verlangen nach der Substanz trotz negativer Konsequenzen und eine verringerte Belohnung durch andere Stimuli bedingen.

Die Einführung einer klaren Methodologie (beispielsweise randomisierter Studien) zur Prüfung neuer Therapieverfahren in den letzten Jahrzehnten hat zu einer enormen Verbesserung der therapeutischen Möglichkeiten geführt (vgl. Mann 2000). Auch dieser Bereich, der die Modifikation abhängigen Verhaltens erforscht, gliedert sich in zwei weitere Bereiche, wie die nachfolgende Abbildung zeigt und weiter unten beschrieben wird:



Abbildung 13: Gliederung des Bereiches 2 – Modifikation abhängigen Verhaltens

#### **Forschungsbereich 3: Entwicklung und Evaluation therapeutischer Programme und therapeutischer Versorgungssysteme**

In diesem Forschungsbereich steht die Entwicklung neuer Behandlungsprogramme im Vordergrund. Des Weiteren wird die Implementierung neuer Behandlungsansätze in der Routineversorgung untersucht. Auch beteiligt sich dieser Bereich an der Erarbeitung von Richtlinien zur Verbesserung der Versorgung von Personen mit Substanzstörungen. Die Erforschung des Behandlungserfolgs von Substitutionsbehandlung für Menschen mit Opiatabhängigkeit und deren Prädiktoren stellt eine weitere Aufgabe dar.

#### **Forschungsbereich 4: Analyse und Monitoring der gesellschaftlichen Einflüsse und Interventionsstrategien für den Bereich abhängigen Verhaltens**

Die Projekte aus dem europäischen Forschungsverbund ALICE-RAP erforschen auf interdisziplinärer Grundlage wissenschaftliche Konzepte zu

Substanzstörungen mit dem Ziel der Entwicklung fachübergreifender integrativer Modelle als Grundlage für eine in der Zukunft stärker evidenzbasierte<sup>34</sup> Gesundheitspolitik (vgl. TUD 2005).

#### 3.1.2 Effektivität der stationären Behandlung

Seit Beginn der institutionellen Etablierung der Sucht-Rehabilitation sind der Erfolg im Allgemeinen und die Effektivität der Behandlung im Besonderen Gegenstand zahlreicher empirischer und theoretischer Untersuchungen geworden. Zunehmende Einsparzwänge und verstärkte Aufmerksamkeit für die Qualitätssicherung der Sucht-Rehabilitation weisen dem Erfolg und der Effektivität der Behandlung eine neue Bedeutung zu.

Insbesondere aus der Sicht der professionellen Akteure wird immer wieder betont, dass „nicht nur die Effizienz, d. h. Wirtschaftlichkeit (...) der Leistungen, sondern auch die Effektivität in Form von körperlicher, psychischer und sozialer Stabilisierung eine Voraussetzung für einen dauerhaften Rehabilitations-Erfolg ist“ (Funke et al. 2001, S. 43). Andererseits gibt Süß (1995) zu bedenken, dass Therapiemaßnahmen häufig weder theoretisch begründet noch empirisch überprüft sind (vgl. S. 249), sondern eher „gewachsenen, historisch zu nennenden Besonderheiten der jeweiligen Einrichtung“ (Schleipers 1984, S. 241) folgen.

Eine Evaluation der Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen ist dringend angezeigt (vgl. Süß 1995, S. 263). Es existiert eine Vielzahl von Publikationen, insbesondere zum Erfolg der Sucht-Rehabilitation (vgl. Bönner 2000; vgl. Fischer et al. 2012; vgl. Missel et al. 2013). Dazu liegen in Deutschland von der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (im Weiteren DGSS) einheitliche Kriterien für die Durchführung von Studien vor. „Auch wenn sich ein großer Teil der Studien bereits an diesen Kriterien orientiert, hat sich diese Praxis noch nicht überall durchgesetzt und bedarf der weiteren Förderung“ (VDR 2002, S. 113).

---

<sup>34</sup> Zur Evidenzbasierung in der Suchtprävention und Suchtforschung vgl. Uhl 2009 und 2012.

An dieser Stelle soll anhand eines **Exkurses** noch ein Einblick in die „Absurditäten in der Suchtforschung“ (Uhl 2009) gewährt werden. Dieser Exkurs erscheint deshalb relevant zu sein, da das der Dissertation zugrunde liegende Untersuchungsdesign im Sinne eines evidenzbasierten<sup>35</sup> Designs randomisiert-kontrolliert angelegt wurde und im Verlauf des Untersuchungsprozesses zu modifizieren war. Uhl (2013) greift in seinem Artikel die praktischen, technischen, ökonomischen und/oder ethischen Grenzen auf. Der Autor bezieht sich dabei auf die Forderung nach Evidenzbasierung der Suchtprävention. Die Ausführungen sind gleichsam auf die Forderung nach Evidenzbasierung indikativer Interventionen übertragbar.

#### **Exkurs 3: Zu den Absurditäten in der Suchtforschung**

Nach Sackett (1997), einem der Begründer der „evidenzbasierten Medizin“, bedeutet „evidenzbasiert“ lediglich die „Bezugnahme auf die beste vorhandene Evidenz“ (S. 644 f.), die auf Erfahrung und/oder systematische Forschung begründet sein kann. Derartige Forschungsansätze, die oft als „Königsweg“ der empirischen Forschung herausgestellt werden, sind ohne Zweifel in einigen Bereichen der Medizin oder anderen Naturwissenschaften möglich, in weiten Bereichen der Human- und Sozialwissenschaften sind randomisiert-kontrollierte Studien (im Weiteren RCT) aus praktischen, technischen, ökonomischen und/oder ethischen Gründen unmöglich.

Die adäquate Interpretation von empirischen Phänomenen erfordert, die Erkenntnisgrenzen zu kennen und zu verstehen, systematisch nach Unsinnigkeiten und Widersprüchen bei eigenen und fremden Schlussfolgerungen zu suchen, gezielt Daten zu erheben, die für die Entscheidung zwischen konkurrierenden Interpretationen zweckmäßig sind, und sich des vorläufigen Charakters all unserer Schlussfolgerungen bewusst zu sein. Poppers Worte: „wer seine Gedanken der Widerlegung nicht aussetzt, spielt nicht mit im Spiel der Wissenschaft“ (2006 zit. in Uhl 2013, S. 112), implizieren ein Wissenschaftsverständnis, das einen

---

<sup>35</sup> Evidenz bezeichnet das dem Augenschein nach unbezweifelbar Erkennbare oder die unmittelbare, mit besonderem Wahrheitsanspruch vollständige Einsicht (vgl. Brockhaus 2004, S. 91).

aktiven, kontinuierlichen und vor allem kritischen Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis fördert. In einem den Human- und Sozialwissenschaften angepassten, der Forschungspraxis angemessenen Verständnis sollte Forschung „(...) be seen not as a magical hat from which answers can be pulled, but as a process that progressively clarifies in a step-by-step process. This starts from simple description, leading to differentiation, which in turn raises further questions that lead to preliminary hypotheses, testing, rejection or refinement of hypotheses, and so on. Throughout this process, results from other researchers and other related fields are incorporated and often modify the direction and interpretation of any given study. One research project rarely answers more than a few limited questions and usually raises more questions in the process“ (Hartnoll 2004, S. 66).

Bei der Forderung nach Evidenzbasierung wird die Durchführung von exakt geplanten, randomisierten Kontrollgruppenstudien erwartet. Dieser Anspruch für den Nachweis der Wirksamkeit gilt gleichermaßen für die Suchtprävention wie für interventionstherapeutische Programme. Uhl (2013) kritisiert, dass das Kardinalproblem dabei sei, „dass sauber konzipierte RCTs in der human- und sozialwissenschaftlichen Praxis nur selten durchführbar sind. Meist werden deswegen quasiexperimentelle Zugänge gewählt (...) ohne die damit verbundenen erheblichen Einschränkungen bei der Interpretation zu erwähnen und den Geltungsanspruch entsprechend zu relativieren“ (Uhl 2013, S. 112). Darüber hinaus „ergibt sich das Problem, dass hier oft sekundäre Strukturelemente der Programme beschrieben werden, ohne die für die Wirksamkeit zentralen intuitiven Entscheidungen, Kompetenzen und motivationalen Aspekte bei den Durchführenden zu erfassen“ (ebd.).

Die Suchtforschung zeigt sich, zusammenfassend betrachtet, strukturiert und so aufgestellt, dass sie alle Bereiche abdeckt. Forschungsgruppen gehen sowohl neurobiologischen als auch medizinischen sowie bio-psycho-sozialen Fragestellungen zur Entstehung und Aufrechterhaltung süchtigen Verhaltens nach. Auch die Entwicklung und Evaluation therapeutischer Programme und

Versorgungssysteme ist fester Bestandteil der Suchtforschung, ebenso die Analyse und das Monitoring der gesellschaftlichen Einflüsse und Interventionsstrategien für den Bereich abhängigen Verhaltens.

## 3.2 Stand der Humorforschung

In der gesundheitsfördernden und in der psychosozialen Arbeit haben Humor und Lachen als persönliche und positive Ressource bereits Einzug gehalten. Humor als lernbare Fähigkeit ist inzwischen zu einem therapeutischen Ziel geworden; nicht zuletzt dadurch, dass Humor die Auflösung der verfestigten Denk-Schemata und damit einen Positions- und Perspektivenwechsel eröffnet. Ein humorvolles Wesen, welches sich auch durch Zuversicht und heitere Gelassenheit zeigt, fördert die eigenen Selbstheilungskräfte.

Zur Trainier- und Erlernbarkeit im Sinne von Wiederentdeckung und Stärkung des eigenen Sinns für Humor liegen im deutschsprachigen Raum u. a. nachfolgende Untersuchungen zum Humor-Trainingsprogramm nach McGhee (1999) vor. Das Trainingsprogramm von McGhee ist einmalig (vgl. Sassenrath 2001, S. 74). Das mehrstufige Sensibilisierungsprogramm bietet einen Zugang zu den vielen verschiedenen Facetten des persönlichen Sinnes für Humor. Es vermittelt die grundlegenden Fähigkeiten, um seinen ganz eigenen Sinn für Humor erfolgreich im alltäglichen Leben zu nutzen und dem stressigen Alltag gestärkt zu begegnen. McGhees Programm ist nicht auf eine spezielle Zielgruppe ausgerichtet und daher grundsätzlich auch für die Klienten der Suchtkrankenhilfe anwendbar. Das vorliegende Humor-Sensibilisierung-Manual wurde jedoch speziell für die Zielgruppe der Suchtkranken modifiziert (vgl. Link 2011, Anhang S. 190 ff.).

***Sassenrath, S. (2001): Humor und Lachen als Stressbewältigungsstrategie – Evaluation des 8-Stufen-Humor-Trainingprogramms zur Wiederentdeckung und Stärkung des Sinnes für Humor nach Dr. Paul McGhee***

Die von Sassenrath aufgestellten Hypothesen konnten in ihrer Untersuchung nicht vollständig bestätigt werden. Dennoch ist es möglich, die Unterschiede bei

den Resultaten der verschiedenen Gruppen auf das Programm zurückzuführen: Die Teilstichproben zeigen im Vergleich, dass die Versuchsgruppe 1 die deutlichsten kurzfristigen Verbesserungen für alle drei Hypothesen erlebt hat. Diese konnten auch längerfristig gehalten werden. Die Versuchsgruppe 2 konnte hingegen weniger deutliche Verbesserungen verbuchen. Die Kontrollgruppen wiesen relativ unregelmäßige Veränderungen in den verschiedenen Skalen auf. Versuchsgruppe 1 hat das vollständige Programm durchlaufen und zeigt die stärksten und längerfristigen Verbesserungen. Die Wichtigkeit des Humortagebuchs wird durch die zum größten Teil stärkeren Verbesserungen der Versuchsgruppe 1 im Vergleich zu Versuchsgruppe 2 deutlich.

Die Veränderungen, die beide Versuchsgruppen erfahren haben, zeigen durchweg in die erwünschte Richtung, selbst wenn sie nicht signifikant sind. Es kam bei den Versuchsgruppen in keiner Skala zu signifikanten Verschlechterungen (vgl. Sassenrath 2001 S. 167 f.).

#### ***Rusch, S. & Stolz, H. (2008): Ist Sinn für Humor lernbar? Eine Anwendung und Evaluation des 8-Stufen-Programms nach McGhee***

Im Rahmen der Lizenziatsarbeit führten Rusch und Stolz McGhees 8-Stufen-Trainingsprogramm durch. Sie begleiteten mehrere Humortrainings und überprüften die Wirkungen dieser Interventionen anhand statistischer Analysen. Es wurde der Frage nachgegangen, ob sich der Sinn für Humor oder Teilaspekte davon trainieren lassen. Anhand erhobener Daten wurde ermittelt, ob die unterschiedlichen Trainingsformen sich auf den Sinn für Humor, die Stimmung und die Lebenszufriedenheit der Versuchspersonen auswirken. Um längerfristige Effekte zu überprüfen, wurde zudem nach zwei Monaten eine Follow-up-Studie durchgeführt. Als Kontrollgruppe diente eine Wartegruppe, welche die Pre- und Posttests ausfüllte und erst danach ein Training absolvierte.

Zusammenfassend stellen Rusch und Stolz (2008) fest, dass die Ergebnisse weitestgehend die von ihnen formulierten Hypothesen bestätigen: Die Werte steigen von Messzeitpunkt 1 zu Messzeitpunkt 2 und bleiben bis Messzeitpunkt

3 konstant. Der Humorquotient und Teilaspekte des Sinnes für Humor lassen sich demnach mit dem Humortrainingsprogramm von McGhee trainieren.

Darüber hinaus liegen unter anderem folgende Forschungsarbeiten zur Relevanz des Humors vor:

Eine Übersicht verschiedener Forschungsarbeiten über die **Entwicklung von Lachen und Humor in den verschiedenen Lebensphasen** stellte Falkenberg (2009) zusammen. In ihrem Beitrag werden die Meilensteine der Entwicklung von Humor und Lachen von der frühen Kindheit bis ins höhere Erwachsenenalter dargestellt. Alle Arbeiten beruhen auf dem Verständnis, dass „Humor und Lachen grundlegende und allgegenwärtige Elemente der menschlichen Kommunikation (sind), die den Menschen über seine gesamte Lebensspanne begleiten“ (S. 27). Zusammenfassend zu dieser Übersichtsarbeit ist festzustellen, dass das Humorverständnis, die Humorproduktion (z. B. in Form von Witzen) und die Funktionen von Humor (z. B. als Coping-Strategie) sich im Laufe des Lebens verändern und wesentlich durch kognitive, sprachliche und soziale Fähigkeiten bestimmt sind. In allen Lebensabschnitten erfüllt der Humor wichtige Funktionen, bei älteren Menschen tritt aber die Bedeutung des Humors als Bewältigungsmechanismus besonders in den Vordergrund. Dennoch ist der Bereich der Humorverarbeitung im Alter (v. a. Humorverständnis, -produktion und emotionale Reaktion) bislang nur unzureichend untersucht (vgl. S. 25 ff.).

In einer weiteren Studie von Falkenberg et al. (2009) wurde vor dem Hintergrund, dass Humor ein wichtiger Bewältigungsmechanismus ist und die Stimmung verbessern kann, eine **Studie zum Einfluss von Depression auf verschiedene Aspekte von Humorfähigkeiten** wie z. B. den Sinn für Humor, Wertschätzung von lustigen Anregungen und Heiterkeit durchgeführt. Damit sollte der Frage nachgegangen werden, ob depressive Patienten fähig sind, lustige Anregungen, wie z. B. Witze, zu verstehen und ob sie Humor nutzen, um widrige Situationen zu bewältigen. Dazu wurden 19 Patienten mit starker Depression und 18 gesunde Kontrollpatienten mithilfe von



Selbsteinschätzungsfragebögen befragt, um potenzielle Gruppenunterschiede bei präferierten Arten von Humor, Zustand und Eigenschaften von Heiterkeit, Ernsthaftigkeit und Schlechter Laune sowie Humor als Bewältigung zu untersuchen.

Das Ergebnis zeigt, dass die Patienten und die Kontrollpatienten sich nicht in ihren präferierten Arten von Humor und auch nicht in dem Maße, in dem sie Humor-Stimuli als witzig bewerteten, unterschieden. Die Tendenz der Patienten, Humor als Bewältigungsstrategie zu nutzen, war aber signifikant niedriger als in der Kontrollgruppe.

Die Empfänglichkeit für humoristisches Material scheint von der Störung nicht beeinträchtigt zu sein. Es könnte sich daher auf depressive Patienten positiv auswirken, Mittel zur Förderung humorvollen Verhaltens einzuführen. Eine Einschränkung der Studie war allerdings, dass nur Selbsteinschätzungsmittel genutzt wurden und die Medikation nicht homogen war (vgl. S. 1).

In einer Pilotstudie (Falkenberg et al. 2010) zur **Bedeutung humorvoller Interventionen bei sechs Menschen mit einer Major Depression** konnte eine kurzzeitige Stimmungsverbesserung beobachtet werden. Die Patienten betrachteten sich selbst als fähiger, Humor als eine Bewältigungsstrategie zu verwenden. Das erworbene Humorverständnis konnte die Motivation im Laufe der Untersuchung fördern. Die Autoren befürworten angesichts der ermutigenden Ergebnisse weitere Studien, „um die Wirksamkeit der Humor-Ausbildung mit der Wirksamkeit anderer Formen der Intervention zu vergleichen und seine potenziellen langfristigen Effekten zu bewerten“ (S. 2).

Die **Auswirkungen einer psychotherapeutischen Humorgruppe bei alten Menschen mit einer Depression** haben Hirsch et al. (2010) untersucht. Hintergrund sind auch hier die in der Literatur immer wieder beschriebenen positiven Effekte von Humor in der Therapie, auch bei Menschen mit einer Depression. Hinsichtlich alter Menschen sind solche Hinweise jedoch spärlich, es liegen kaum empirische Untersuchungen zu therapeutischen Humorgruppen vor. In der Studie von Hirsch et al. wurde eine Experimentalgruppe mit Behandlung (Teilnahme an einer Humorgruppe) mit einer Kontrollgruppe ohne

spezifische Behandlung verglichen. Insgesamt wurden 90 Patientinnen mit klinischen Depressionen nach ICD-10 untersucht. Es kamen verschiedene Messinstrumente zu zwei Messzeitpunkten (vor und nach der Therapie) zum Einsatz. Das Ergebnis zeigt, dass sich die Werte für Resilienz und Lebenszufriedenheit lediglich bei der Experimentalgruppe signifikant ( $p < 0,05$ ) erhöhte. Die Autoren interpretieren die Resultate als deutlichen Beleg für die Effektivität dieser spezifischen Therapieform, insbesondere für depressive alte Menschen (vgl. S. 42 ff).

Die Ergebnisse verschiedener **Studien zu Heiterkeit und Humor im Alter** haben Hirsch und Ruch (2010) zusammengestellt. Die Autoren konstatieren, dass „die vorgestellten Artikel verdeutlichen, dass Heiterkeit und Humor für alte Menschen wichtige Aspekte sind und deren Förderung die Lebensqualität positiv beeinflussen kann. Alte Menschen verfügen trotz inter- und intraindividuelle Schwankungsbreite ihrer Fähigkeiten sehr wohl noch über Humor“ (S. 7). Deutlich werde, dass nicht nur in der Grundlagenforschung, sondern auch in der Anwendung von Humor in Therapie und Pflege noch viele Fragen offen seien und der weiteren Erforschung bedürfen. Sradj bemerkt, dass ältere Menschen den Humor erkennen und nutzen; sie lassen sich auf das „Abenteuer“ Humor bewusster ein. Dieser Feststellung fehle zwar noch die wissenschaftliche Evidenz, dennoch treffe der Praktiker sie immer wieder an (vgl. ebd.).

Den Einfluss einer **Humorthherapie bei älteren Menschen mit Depression** (die am häufigsten auftretende affektive Störung) und Alzheimer (AD als die am häufigsten auftretende neurodegenerative Störung) untersuchten Walter et al. (2007). Pharmakologische Behandlungsstrategien für diese Störungen sind oft von schweren Nebeneffekten begleitet. Deshalb sind nicht pharmakologische Behandlungen sehr wichtig. Diese Studie untersucht den Einfluss der Humorthherapie auf die Lebensqualität von Patienten mit Depressionen und AD. Dazu wurden je 20 Patienten mit Altersdepressionen und mit AD untersucht. Zehn Patienten in jeder Gruppe besuchten einmal alle zwei Wochen für 60 Minuten eine Humorthherapie (HT) zusätzlich zur generellen pharmakologischen

Therapie, die die andere Gruppe als alleinige Standardtherapie (ST) erhielt. Alle Patienten vervollständigten eine psychometrische Testreihe sowohl zu, Zeitpunkt ihrer Aufnahme als auch vor dem Verlassen der Klinik.

Die Auswertungen belegen, dass sich der Stand der Lebensqualität sowohl in den HT- als auch in den ST-Gruppen für die depressiven Patienten erhöhte, jedoch nicht für die AD-Patienten, unabhängig von ihrer Therapiegruppe. Depressive Patienten, die HT erhielten, zeigten die höchste Lebensqualität nach der Behandlung. Zusätzlich zeigten Patienten mit Depressionen in beiden Therapiegruppen Verbesserungen in ihrer Stimmung, in den Werten für die Depression und Aktivitäten im Alltag.

Die Autoren stellen abschließend fest, dass die Humorthherapie keinen signifikanten Effekt auf die Lebensqualität im Vergleich mit Standardtherapien hatte. Dennoch deuten die Ergebnisse darauf hin, dass Humorthherapie ein zusätzliches Therapieinstrument sein kann. Weitere Studien mit häufiger stattfindenden „Humorwerkstätten“ (Hänni 2013) werden benötigt, um den Einfluss von humorvollen Interventionen in gerontopsychiatrischer Behandlung zu untersuchen (vgl. 5ff.).

In den letzten Jahren sind viele ***Untersuchungen zur Verarbeitung witziger Stimuli im Gehirn*** erschienen. Die Studie von Wild (2010) stellt die Ergebnisse hinsichtlich der beteiligten Strukturen und neuropsychologischen Untersuchungen zu den notwendigen kognitiven Werkzeugen wie z.B. Arbeitsgedächtnis und mentale Flexibilität zusammen. Sie konstatiert, dass Humor eine komplexe Fähigkeit darstellt, die viele Hirngebiete involviert. Bisher ist die Wahrnehmung von Witzen gut untersucht, andere Teilaspekte sind es hingegen noch gar nicht. Die intellektuelle Reaktion auf Witze scheint durch Alterungsprozesse verlangsamt, Humor als Ganzes ist aber eher „alterungsresistent“ (S. 34).

Weitere Komponenten des Humors, wie z. B. die Produktion von Komik, sind neurophysiologisch noch nicht gut untersucht. Ebenfalls nur wenig erforscht ist bisher, wie sich Alterungsprozesse auf die verschiedenen Aspekte zerebraler Humorprozesse auswirken (vgl. S. 31 ff.).

Das Ziel der Studie von Uekermann et al. (2006) war es, den **Zusammenhang zwischen Funktionsaufgaben, Mentaltheorie und Verarbeitung von Humor bei alkoholkranken Menschen** zu erforschen. Alkoholismus wird mit kognitiven Defiziten in Verbindung gebracht, die durch eine spezielle Verletzlichkeit der Frontallappen gegenüber den Effekten von Alkohol identifiziert wurden. Während allgemeine Funktionsaufgaben des Körpers bei Alkoholismus erschöpfend analysiert worden sind, wurden nur wenige Untersuchungen zu sozialen Funktionen durchgeführt. Ein neuropsychologisches Test-Set wurde mit 29 Alkohol-Patienten (Alc) und 29 gesunden Kontrollpatienten (HC) durchgeführt. Die Tests beinhalteten Messungen zum Affekt, allgemeinen Intelligenzfähigkeiten, Funktionsaufgaben, Humorverarbeitung und Mentaltheorie. Die zwei Gruppen waren in Bezug auf Affektvariablen, IQ, Geschlecht und Alter vergleichbar. Im Vergleich mit HC enthüllte der Gruppenvergleich kognitive sowie Affekt-humorische Verarbeitungsdefizite durch Alkoholismus. Die beobachteten Beeinträchtigungen standen im Zusammenhang mit der Mentaltheorie sowie mit den Funktionsaufgaben. Die Defizite tragen zu zwischenmenschlichen Problemen bei und sind daher bei der Rehabilitation relevant (vgl. S.232 ff.).

In der sozialen Interaktion spielt der Humor eine zentrale Rolle. Dennoch hat das Thema bisher wenig Aufmerksamkeit in der **kognitiven und sozialen Neurowissenschaft** erhalten. Die wenigen veröffentlichten Studien zur Läsions- und Funktionsdarstellung basierten auf der Unstimmigkeit-Auflösungstheorie, die annimmt, dass Humor aus einem einfachen Zwei-Phasenprozess resultiert (nämlich der Entdeckung einer Unstimmigkeit, gefolgt von der Auflösung). Die vorhandenen Belege sind jedoch nicht beweiskräftig. Uekermann und Daum (2007) fordern abschließend in ihrer Übersichtsarbeit eine umfassendere Betrachtung der beteiligten kognitiven und affektiven Fähigkeiten.

Eine Studie von Samson (2012) zeigte erstmalig den **Einfluss verschiedener kognitiver Stile wie Empathizing und Systemizing auf die kognitive Humorverarbeitung**.

Grundlage dazu war die Vermutung, dass Cartoons, welche sich in ihrem Logischen Mechanismus (LM) unterscheiden, unterschiedlich stark Empathizing- oder Systemizing-Fähigkeiten beanspruchen. Dies sollte sich insbesondere in den Erklärungen der Versuchspersonen zeigen, warum ein Cartoon lustig ist. Samson bezog berücksichtigte Studien von Howe (2002) und Jung (2003), die davon ausgehen, dass Empathie oder Theory of Mind (z. B. Premack & Woodruff 1978) eine Voraussetzung für das Verstehen von Humor ist. Experimente von u. a. Uekermann et al. (2006) weisen auf einen Zusammenhang hin.

Es werden mittels Erhebungsbögen, die Empathizing und Systemizing erfassen, Teilnehmende identifiziert, die einen kognitiven Stil zeigen. Die ersten Ergebnisse zeigen, dass Systemizer eher abstrakte Erklärungen, Empathizer dagegen öfter mentalistische Erklärungen abgeben. In der Bewertung der Lustigkeit zeigen sich keine Unterschiede. Die Resultate sprechen dafür, dass Humor von Versuchspersonen mit niedrigeren Werten auf der Empathizing-Skala nicht schlechter, sondern anders verstanden wird. Darüber hinaus zeigt die Studie, „dass es sinnvoll ist, Erklärungen über Pointen mit ein zu beziehen, da sie Aufschluss über die kognitive Humorverarbeitung bringen können“ (Samson 2012, S. 75 ff.).

Humor gilt als Fähigkeit, den Missgeschicken und Widrigkeiten des Alltags mit heiterer Gelassenheit, mit stets heiterer Milde auch sich selbst gegenüber zu begegnen. Dies kennzeichnet auch die Selbst-Achtsamkeit.<sup>36</sup> Daher wird an dieser Stelle auf eine Studie von Brooks und Bowman (2012) eingegangen, welche sich mit **Selbst-Achtsamkeit im Bereich Drogen und Alkohol** auseinandergesetzt hat. Sie ist eine der ersten, die die Selbst-Achtsamkeit von Menschen mit Alkohol-Abhängigkeit untersucht, die zu diesem Zeitpunkt Alkohol in gefährlichen Mengen zu sich nahmen. Außerdem litten die Teilnehmer größtenteils in weit höherem Maße als die Durchschnittsbevölkerung unter Depressionen und Angst.

---

<sup>36</sup> „Selbst-Achtsamkeit umfasst, freundlich und verständnisvoll zu sich selbst zu sein, das Bewusstsein, dass Schmerz und Misserfolge unvermeidliche, gemeinsame Erfahrungen der Menschheit sind sowie ein ausgewogenes Bewusstsein für die eigenen Emotionen (Neff, Grober & Kirkpatrick 2007). Eine selbst-achtsame Einstellung wird als förderlich für Gesundheit und Wohlempfinden betrachtet (Gilbert 2005; Neff 2003a). Selbst-Achtsamkeit kann als eine Bewältigungsstrategie verstanden werden, die hilft, emotional ausgeglichen zu bleiben, wenn man sich in einer stressigen Situation befindet (Rendon 2007), und die emotionale Belastbarkeit unterstützt (Neff 2011)“ (Brooks & Bowman 2012, S. 1f.).

Die Ergebnisse einer früheren Studie von Neff (2003a), dass Selbst-Achtsamkeit in einem umgekehrten Verhältnis zu Depression und Angst steht, unterstützen die Ergebnisse der vorliegenden Studie insofern, als es eine signifikante Verbindung gibt zwischen höheren Niveaus der Angst, höheren Niveaus der Selbstbeurteilung, der wahrgenommenen Isolierung und der Überidentifizierung. Jedoch, entgegen der Vorhersage, fanden Brooks und Bowman eine bedeutende positive Beziehung zwischen der Angst, der Freundlichkeit zu sich selbst, der Achtsamkeit und der Mitmenschlichkeit vor Behandlungsbeginn. Die Natur dieser Beziehung ist unklar und könnte verwechselt werden mit der Beziehung des Teilnehmers zum Alkohol, dessen Gebrauch oft Gründen zugeschrieben wird wie etwa dem Vermeiden von Grübeln, der Bewältigung von Stress und Angst und der Selbstmedikation gegen alltägliche, problematische Gedanken und Gefühle. Diese Ergebnisse sind der weiteren Erforschung würdig, um die Natur der Beziehung zwischen der Angst zu bestimmen, von der alkoholabhängige Behandlungssuchende berichten, und der Selbst-Achtsamkeit.

Trotz mehrerer Beschränkungen im Bezug auf die vorliegende Studie, auf die jedoch an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden kann, hat diese Studie wichtige einleitende Beweise für die Beziehung zwischen Selbst-Achtsamkeit, Depression, Angst, Stress und Alkohol-Konsum von Menschen mit Alkohol-Abhängigkeit geliefert (vgl. Brooks & Bowman 2012, S. 1 ff.).

Alle Forschungsarbeiten belegen die Komplexität des Humors in Bezug auf Verstehen, Denken, Wahrnehmen und Handeln. Die Arbeiten, die sich mit der therapeutischen Wirkung auseinandergesetzt haben, kommen alle zu dem Ergebnis, dass humorvolle Interventionen im therapeutischen Kontext positive Effekte erzielen können: Selbstbild, Optimismus, Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit und nicht zuletzt die Selbstheilungskräfte der Menschen können gefördert und gestärkt werden.

Auch die Suchtkrankenhilfe fordert die Förderung der Selbstheilungskräfte der Rehabilitanden (vgl. FDR 2000).

Zur Relevanz des ***Humors als Ressource in der Arbeit mit suchtkranken Menschen*** wurde eine erste Untersuchung von Link (2008) angestellt. Ziel der Untersuchung im Rahmen der Diplomarbeit war es, Humor als positive Ressource im medizinisch-therapeutischen Alltag zu entdecken, zu verstehen und nutzen zu lernen. Die Zielsetzung wurde von der Intention begleitet, das Bewusstsein für situativen Humor zu schärfen und damit die Aufmerksamkeit auf die Momente des Lachens, der Entspannung und Heiterkeit zu richten.

Die Forderung einer absoluten Abstinenz sollte um die Attribute „zufrieden“ und „gelassen“ erweitert werden. Dabei kann die Ebnung des Weges für den Humor in die Suchthilfe hilfreich sein. Humor kann in der Arbeit mit suchtkranken Menschen einen sinnstiftenden, innovativen, bereichernden sowie ergänzenden Ansatz darstellen, wie die Ergebnisse zeigen: Die Teilnehmenden verspürten Erleichterung, Entspannung und Abwechslung im Klinikalltag. Ebenso konnten durch die Gruppe Hemmungen und Blockaden bei Teilnehmenden gelöst werden; sie entwickelten den Mut, sich an Dingen zu beteiligen und konnten somit ihr Selbstwertgefühl stärken. Die Neugier und das Interesse am eigenen Humor konnten geweckt werden. Der Kontakt und das Miteinander innerhalb der Patientengruppe gestalteten sich humorvoller (vgl. Link 2008, S. 121 ff.).

#### **Zusammenfassung**

Aufbauend auf den bisherigen Forschungsarbeiten zur Relevanz des Humors im klinischen Kontext und auf der ersten Untersuchung zur Relevanz des Humors im suchttherapeutischen Kontext, wird vermutet, dass der gezielte Einsatz von Humor in der Suchthilfe ein enormes Potenzial darstellt, welches durch die Suchtforschung aufzudecken und durch die Suchthilfe respektive durch Kosten- und Leistungsträger zu implementieren ist.

Zusammengefasst zeigt dieses Kapitel, dass sowohl in der Sucht- als auch in der Humorforschung medizinische, neurobiologische und therapeutische Untersuchungen angestrebt werden. Diese haben jeweils zum Ziel, neue Erkenntnisse für Diagnose (in der Suchthilfe) und Behandlung von Menschen zu erzielen.

Die Suchthilfe fordert die Förderung von Selbstheilungskräften, welche u. a. mithilfe des Humors erreicht werden kann. Humor gehört zum Themenbereich der Positiven Psychologie mit dem Ziel, Stärken und Ressourcen von Menschen zu fördern. Aus Perspektive der Salutogenese, welche ihren Blick auf die gelingenden, funktionierenden und damit gesunden Anteile des Menschen richtet, stellt der Humor eine bedeutsame Ressource dar, auch in der Arbeit mit Rehabilitanden der Suchthilfe.

Es ist also naheliegend, die beiden Phänomene „Sucht“ und „Humor“ zusammen zu betrachten, um daraus für die Rehabilitanden der Suchthilfe, aber auch für die Suchthilfe selbst, wissenschaftlich fundierte Ergebnisse zu gewinnen.

Die Zusammenführung der genannten Phänomene erfolgt im nächsten Kapitel dieser Arbeit.



## 4. Humor in der Suchthilfe



„Das Leben übersteigt alle Theorien, die man in Bezug auf das Leben zu bilden vermag.“

Boris Leonidowitsch Pasternak (1890-1960)

Wie in den einleitenden Worten zur vorliegenden Dissertation beschrieben, werden mit dieser Arbeit zwei Ziele verfolgt:

1. Die Verbindung der beiden Phänomene Humor und Sucht.
2. Die Beantwortung der zentralen Fragestellung, ob Humor und die damit verbundene heitere Gelassenheit eine wirkungsvolle und damit angezeigte therapeutische Interventionsform bei Menschen mit einer Suchterkrankung darstellen.

### 4.1 Humor und Suchthilfe

In die gesundheitsfördernde und psychosoziale Arbeit haben Humor und Lachen bereits Einzug gehalten. Humor gilt als lernbare Fähigkeit (vgl. Rusch & Stolz 2008). Sie eröffnet die Auflösung verfestigter Denk-Schemata und ermöglicht so einen Positions- und Perspektivenwechsel, eine relativierende Sicht auf die Dinge wird möglich. Bereits die Auseinandersetzung mit dem Thema Humor wird als Lernprozess verstanden. Prozesse jedweder Art brauchen Zeit, Veränderungen erfolgen nicht von heute auf morgen – weder der Prozess zu einer humorvollen Lebenseinstellung noch der Weg aus der

Suchtmittelabhängigkeit. Bedeutsam ist, dass eine heitere und gelassene Haltung zum Leben dazu befähigen kann, den Ambivalenzen des Alltags mit Distanz zu begegnen und sie positiv zu bewerten, um in der Konsequenz aktiv und handlungsfähig zu bleiben. Mithilfe des Humors kann der Mensch vor allem sich selbst, aber auch der Welt mit Herzlichkeit und Sympathie begegnen.

Für suchtkranke Menschen kann das bedeuten, dass sie ebenfalls humorvoll und lachend Ressourcen entdecken und entwickeln können, um so ihren Weg zur Abstinenz zufriedener und sinnstiftender zu gehen bzw. die Abstinenz zufriedener und sinnstiftender zu leben. Auch sie können Humor als Strategie bewusst einsetzen, um sich den Alltagsproblemen, den Entwicklungsaufgaben und den kritischen Lebensereignissen zu stellen.

Basierend auf den Ergebnissen der vorliegenden Forschungsarbeiten zur Bedeutung des Humors im therapeutischen, aber auch im nicht therapeutischen Kontext (vgl. Kapitel 2, S. 72 ff.) sowie beruhend auf den Annahmen, dass

- Humor der Förderung der seelischen Gesundheit dient und die Lebenszufriedenheit zuverlässig fördert und so eine Coping-/ Bewältigungsstrategie darstellt,
- Humor einen sinnstiftenden und ergänzenden Ansatz in der Suchthilfe darstellen kann,
- die Suchterkrankung entwicklungspsychologisch zu erklären und das gesamte Leben als stetiger Entwicklungsprozess zu sehen ist und folglich Entwicklungen lebenslang möglich sind,
- sich ein systemisches Handeln mit dem Blick auf die Fähigkeiten, Stärken und Ressourcen der Klienten in der Suchthilfe etablieren wird, (vgl. Link 2008, S. 116 f.)

kann u. a. folgende Handlungsempfehlung abgeleitet werden, die maßgeblich für die Anfertigung der vorliegenden Forschungsarbeit ist:

***In ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen, überall dort, wo sich die Rehabilitanden der Suchthilfe über mehrere Wochen***

***aufhalten, kann diese ihren Rehabilitanden ein mehrstufiges Humor-Sensibilisierungs-Programm anbieten.***

Bereits die Auseinandersetzung mit dem Thema Humor stellt die Aktivierung und Mobilisierung von Ressourcen in der Behandlung dar, die lachend (wieder-) entdeckt werden können. Darüber hinaus können Humor und heitere Gelassenheit als unterstützende Bewältigungsstrategie und als trainierbarer Faktor für Lebenszufriedenheit bewusst und gezielt genutzt werden.

Die Behandlungsziele der Suchthilfe sind überwiegend abstinenzorientiert. Das Ziel der Rehabilitation und weiterführender Maßnahmen ist es, zufrieden suchtmittelfrei zu leben sowie im Leben und dem sozialen Miteinander besser zurechtzukommen. Eine ambulante oder stationäre Therapie kann einen Rahmen für Entwicklung und Reifung, Begegnung und Auseinandersetzung zur Verfügung stellen. Der Schwerpunkt in Therapien, besonders in der Arbeit mit sehr jungen Menschen, sollte in Lebenskompetenz und die Persönlichkeitsentwicklung fördernden Ansätzen liegen (vgl. ebd., S. 118).

Der Zusammenhang von Suchterkrankungen und Störungen in der (Stress-) Bewältigungsregulation findet in den indikativen Angeboten der Behandlungskonzepte der Suchttherapie noch zu wenig Berücksichtigung. Es besteht – unter Anbetracht der komplexen Lösungsbedarfe suchtkranker Menschen, aber auch im Hinblick auf die Folgekosten für das Gesundheitssystem – ein erheblicher Forschungsbedarf in der Entwicklung manualisierter, ressourcenorientierter Indikationsansätze in der Suchtbehandlung. In einer Reihe von Publikationen wird zum einen die zentrale Bedeutung von (Stress-)Bewältigungsprozessen im Suchtgeschehen belegt (vgl. Wills 1990), zum anderen gewinnt der Einsatz von Humor in therapeutischen Settings einen steigenden Stellenwert (vgl. Falkenberg et al. 2009; Hirsch et al. 2010). Diese Dissertation leistet einen Beitrag zur Füllung dieser Lücke in der Suchthilfe. Der wissenschaftlich fundierte Einsatz von Humor in der therapeutischen Arbeit mit suchtkranken Menschen ist unverzichtbar, wenn es der Suchtkrankenhilfe „ernst“ ist mit dem Humor.

Humor und heitere Gelassenheit finden ihren Ausdruck im situativen alltäglichen Kontext. Gemeint sind damit die unscheinbaren Lachanlässe und Humorreaktionen, die das Leben bereichern, erheitern und verändern können. Provozierte Lacheffekte oder inszenierte Situationskomik zählen nicht dazu.

Wer in der Arbeit mit suchtkranken Menschen heiter ist oder gar dabei lacht, begeht (noch) einen Tabubruch. Doch haben Humor und Heiterkeit in der Suchthilfe durchaus ihren berechtigten Platz haben:

Wie zuvor beschrieben, fließen bereits systemische Impulse des Gesundheitssystems in die Suchthilfe ein. Therapeutischer Humor<sup>37</sup> hat seinen festen Platz im weiten Bereich psychosozialer Aktivitäten wie Psychotherapie, Krankenpflege, Pädagogik, Persönlichkeitsbildung und Lebensberatung gefunden (vgl. Salameh 2006, S. 9 f.). (Sucht-)Therapie gilt als spezialisiertes, vorab strukturiertes und hochschwelliges Setting. Die Suchthilfe als ein Handlungsfeld der Sozialen Arbeit lässt sich durch eine geringere Spezialisierung und größere Offenheit in Bezug auf das Vorgehen im Einzelfall charakterisieren. Die Hilfeleistungen knüpfen bewusst an den Alltagsbedürfnissen an. Die unterschiedlichen Hilfeangebote der Sozialen Arbeit ergänzen die Suchttherapie im Sinne der medizinischen Rehabilitation. In allen Unterstützungsangeboten der Suchthilfe werden Dialoge gestaltet mit dem Anspruch, Situationsklärungen zu ermöglichen und/oder hilfreiche Veränderungen anzustoßen. Die therapeutische Arbeit bedient sich bei der Ressourcen- und Lösungsfindung ganz gezielt und bewusst des Humors. Und auch in der suchtttherapeutischen Arbeit ist der Blick auf die Stärken und Fähigkeiten der Rehabilitanden gerichtet. Auch in der Suchthilfe geht es darum, dass den Rehabilitanden verkannte oder verleugnete Entscheidungsspielräume bewusst werden, dass sie lernen, diese zu erweitern oder sie konstruktiver und kreativer zu nutzen. In beiden Disziplinen soll die Gesundheit gefördert und der Blick auf die gelingenden und funktionierenden Anteile gerichtet werden. Daher erscheint es sinnvoll, den Impuls Humor auf die Suchthilfe – sowohl in der Rehabilitation als auch in der Sozialen Arbeit – endgültig überspringen zu

---

<sup>37</sup> „The kind of humorous outlook that deserves to be called therapeutic, in contrast, must extend beyond wit, beyond laughter to a clear awareness of our common absurdities“ (Mindess 1971, S. 338).

lassen, um die positiven gesundheitlichen und sozialen Wirkungen nicht nur für die Rehabilitanden, sondern auch für die Fachkräfte in der Suchthilfe nutzen zu können. Dieses Ansinnen betont Effinger (2005):

*„Eine lachende Sozialarbeit kann durchaus einen bedeutenden Beitrag zur Gestaltung unseres professionellen Alltags und zur Lebensführung unserer Adressaten leisten. Ich halte Humor für ein unterschätztes Element. Geschickt eingesetzt, kann es ein effizientes Lösungsmittel in einer ressourcenorientierten Handlungsstrategie sein“ (S. 13 ff.).*

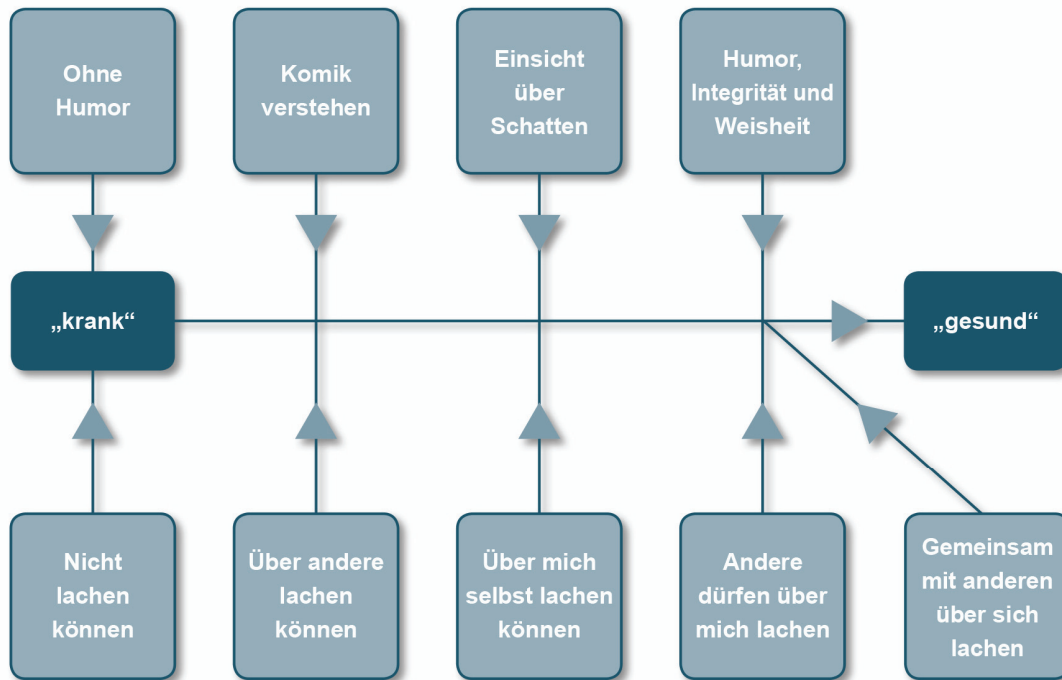
Ebenso kann eine lachende Suchthilfe einen Beitrag zur Gestaltung des professionellen Alltags und zur Lebensführung aller Beteiligten leisten.

#### **Konzept der Salutogenese**

Die vorangegangenen Erläuterungen, Humor in der Suchthilfe zu implementieren, werden weiter durch das Konzept der Salutogenese<sup>38</sup> gestützt. Dieses Konzept wurde von dem israelisch-amerikanischen Medizinsoziologen Antonovsky in den 1970er-Jahren als Gegenbegriff zur primär defizitorientierten Pathogenese entwickelt (vgl. BZgA 2001, S. 9). Das Modell der Salutogenese beschreibt Gesundheit nicht als Zustand, sondern als Prozess, bei dem das Hauptaugenmerk auf dem Genesungsweg liegt. Der Blick richtet sich nicht ausschließlich auf die Bekämpfung krankmachender Einflüsse. Vielmehr geht es um die Stärkung von Ressourcen, um den Organismus gegen schwächende Einflüsse widerstandsfähiger zu machen (vgl. Antonovsky 1997, S. 15 f.). Mit dem Einzug dieses Paradigmas stellt sich auch verstärkt die Frage, wie Lachen und Humor als eine Persönlichkeitseigenschaft mit Gesundheit im Verhältnis stehen, vgl. Abbildung 14:

---

<sup>38</sup> Salutogenese (Salus, lat.: Unverletztheit, Heil, Glück; Genese, griech.: Entstehung)



**Abbildung 14: Gesundheitliches Wohlbefinden in Zusammenhang mit Lachen**  
(vgl. Effinger 2008, S. 205)

Die für die Salutogenese als entscheidend veranschlagten personalen Ressourcen zeigen im Vergleich eine Deckung mit den bisher im Zusammenhang mit Humor betrachteten persönlichen Merkmalen: Funktionierende Anteile – wie eine interne Kontrollüberzeugung, Selbstschutz gegenüber Stress, Selbstwirksamkeit, Kohärenzsinn, Autonomie, Empathie, Selbstwert und Optimismus – erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass sich ein Mensch gesund fühlen wird. Der US-amerikanische Erweckungsprediger Moody (1979) geht noch einen Schritt weiter und vermutet, dass der Lebenswille durch Humor aufgerüttelt werde (vgl. Pfennig 2007, S. 62 f.).<sup>39</sup>

Antonovsky kritisiert die dichotome Unterscheidung in „gesund“ oder „krank“, mit der die „wissenschaftliche Medizin und das medizinische Versorgungssystem“ (BZgA 2001, S. 32) arbeiten.<sup>40</sup> Dem gegenüber stellt er

<sup>39</sup> In dem Bericht einer Österreichischen Krankenhauszeitung heißt es in Bezug auf Salutogenese und Humor: „Heute darf auch mit den Patienten gelacht werden. Durch Zuversicht, heitere Gelassenheit und Lachen werden die Selbstheilungskräfte eines Patienten gestärkt. Humor ist eine Therapie, die der Patient ständig bei sich hat und nicht in der Apotheke gegen Rezeptgebühr holen muss“ (Kleinberger 2004, S. 10).

<sup>40</sup> Er kritisiert, dass Beschwerden, Symptome oder Schmerzen des Patienten im Mittelpunkt stehen. Alle Anstrengungen des medizinischen Systems, der Ärzte und Therapeuten, richten sich auf die Diagnose und das schnelle mögliche Beseitigen der Beschwerden und Symptome. Er fordert aus diesem Grund eine Medizin, die dem Gespräch zwischen

ein Kontinuum mit den Polen Gesundheit/körperliches Wohlbefinden und Krankheit/körperliches Missempfinden (vgl. ebd.). Völlige Gesundheit oder völlige Krankheit sind demnach für den Menschen nicht zu erreichen. Die Antwort auf seine Frage, warum sich ein Mensch auf der positiven Seite dieses Gesundheits-Krankheitskontinuums befindet bzw. warum er sich auf den positiven Pol hin bewegt, gibt das Konzept des Kohärenzgefühls (Sense Of Coherence, im Weiteren SoC). Es stellt das Kernstück des salutogenetischen Modells dar.

Das SoC drückt aus, in welchem Maße der Mensch ein durchdringendes, dynamisches Gefühl des Vertrauens besitzt, welches die Anregungen und Reize, die sich im Laufe des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar macht. Es ist ein Maß dafür, inwieweit dem Einzelnen Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die eben diese Anregungen und Reize stellen, zu begegnen (vgl. Antonovsky 1997, S. 16). Das SoC beschreibt einen Sinn, eine Empfindung, ein Gefühl, ein Verständnis, eine Bedeutung oder auch eine Ansicht in Bezug auf einen Zusammenhang oder eine Stimmigkeit. Es formuliert ein kognitives Raster im Sinne eines Wahrnehmungs- und Beurteilungsmusters. Das Kohärenzgefühl stellt keine spezielle Coping-Strategie dar. Vielmehr wird es als eine generelle Bewältigungsressource betrachtet. Es ist der entscheidende Prädiktor für die gelungene Bewältigung von belastenden Situationen und damit für Gesundheit (vgl. Wydler et al. 2000, S. 47).

Das SoC setzt sich aus drei Komponenten zusammen, wie die Abbildung 15 zeigt:

---

Arzt und Patienten einen hohen Stellenwert einräumt und so auch die gesunden Anteile des Patienten wahrnimmt und fördert (vgl. BZgA 2001, S.14 f.).



**Abbildung 15: Drei Komponenten des SoC**

Die Komponente Sinnhaftigkeit ist die bedeutsamste. Selbst bei hoher Ausprägung der beiden anderen sind diese ohne „Sinnhaftigkeit“ nur von kurzer Dauer (vgl. Antonovsky 1997, S. 38); es kann sich kein hohes Kohärenzgefühl einstellen. Ein Mensch ohne Erleben von Sinnhaftigkeit wird das Leben eher als Last empfinden und jede Herausforderung als Qual (vgl. ebd., S. 36).

Mit diesen Überlegungen geht der Begründer der Existenzanalyse und Logotherapie Frankl (1959) konform. Er geht davon aus, dass ein überwiegender Teil der modernen Menschen mehr an der Frustration seiner Sinnbedürfnisse leidet denn an der Frustration sexueller Bedürfnisse (Psychoanalyse nach Freud) oder Machtverlangens (Individualpsychologie nach Adler). Seines Erachtens ist der Mensch zwar auch lust- und machtorientiert, seinem Wesen nach aber sinnorientiert. Frankl sieht im Willen zum Sinn ein menschliches Grundfaktum. Im Vergleich mit dem Willen zur Lust und dem Willen zur Macht im Lebensprozess kommt ihm – dem Willen zum Sinn – die größte Bedeutung zu. Wird der Wille zum Sinn frustriert, wird das Individuum in seinem Zentrum getroffen. Sinnorientiertheit stellt für Frankl den Ausdruck geistiger Dimension dar. Entsprechend versteht er die von ihm entwickelte Logo-Therapie als Therapie im Zusammenhang von Geist und Sinn.



Ziel der Hilfe ist es, die Erfahrung von Sinnlosigkeit durch die Erfahrung von Sinn zu überwinden (vgl. Frankl 1959, S. 697 f.).

### 4.2 Humor in der Suchthilfe

Besonders die Lebenserfahrungen in der Kindheit und Jugend formen das Kohärenzgefühl. Ein starkes Kohärenzgefühl kann bei Bedarf die vorhandenen Ressourcen in angemessener Form in Gang setzen. Es ist keine endgültige Größe und kann in der ständigen Auseinandersetzung mit der Welt umgebaut und erweitert, aber auch geschwächt werden (vgl. Schiffer 2001, S. 30 f.).

In diesem Zusammenhang sind Franke und Welbrink (2000) der Frage nachgegangen, ob und inwieweit das Modell der Salutogenese sowie die Rolle des Kohärenzgefühls auf die Suchterkrankung übertragen werden können und welche Konsequenzen das für die Arbeit mit suchtkranken Menschen haben kann. Dazu konstatieren die Autorinnen, dass im Bereich der Suchthilfe die pathogenetische Dichotomisierung so konsequent eingehalten wird wie in keinem anderen medizinischen Bereich: Entweder gelten suchtkranke Menschen als abstinent oder abhängig. Des Weiteren formulieren sie, dass Abstinenz und Abhängigkeit keine abgrenzbaren Gegensätze sind. Stattdessen gehen sie in Anlehnung an Antonovsky von einem Abstinenz-Abhängigkeits-Kontinuum aus.<sup>41</sup> Sack (2004) erklärt, dass bereits mehrere Studien (u. a. Midanik et al. 1992; Badura et al. 2000) zu dem Ergebnis kommen, dass bei Alkoholabhängigen ein vermindertes Kohärenzgefühl besteht. Sack verweist auch auf eine Untersuchung von Franke (2002), die zeige, dass das Kohärenzgefühl ein maßgebender Faktor für den angemessenen Umgang mit Alkohol und Medikamenten sei. Die alkohol- und medikamentenabhängigen Frauen in Frankes Studie weisen im Vergleich niedrigere Werte in den Teilkomponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit auf. Sack fasst weiter zusammen, dass Abhängige mit geringerem Kohärenzgefühl öfter die Maßnahme abbrechen und eher wieder zum Suchtmittel greifen. Diese

---

<sup>41</sup> Der Weg in die Abhängigkeit entsteht nicht in einem qualitativen Sprung, sondern verläuft oft langsam und unbeständig. Gleiches betrifft den Prozess aus der Sucht heraus, der sowohl durch abstinente Phasen als auch durch Rückfälle geprägt ist. Deswegen könne man auch in diesem Bereich von einem Kontinuum sprechen, „ein Kontinuum mit den Polen abstinent/unauffälliger Konsum und abhängig“ (Welbrink & Franke 2000, S. 44).

Ergebnisse stärken die Wichtigkeit der Aktivierung und Mobilisierung von Ressourcen in der Behandlung von abhängigen Menschen (vgl. Sack 2004, S. 9).

An das SoC und die Komponente Sinnhaftigkeit anknüpfend, formuliert Kurz (1986) zur Bedeutung der Logo(=Sinn)therapie für die Suchttherapie zehn Thesen. Für die weitere Entwicklung dieser Arbeit erscheint es von besonderer Relevanz, die vierte These zu nennen, um mit dieser endgültig den Bogen von der Suchttherapie zum Humor in der Suchthilfe zu schlagen:

*„4. Nur eine durch und durch als sinnvoll erlebte lebensthematische Mitte im Sinne einer tragenden Lebensaufgabe kann im Abhängigen so viel psychische Kraft freisetzen, dass er den Schmerz der Abstinenz aushält. Hier ist im Sinne der Logotherapie die Trotzmacht des Geistes gegen die psychophysische Macht der Abhängigkeit im Therapieprozess zu mobilisieren“ (Kurz 1986, S. 40).*

Kurz greift in seiner These Frankls „Trotzmacht des Geistes“ auf, die dem Menschen „die Kraft und die Fähigkeit zu einer sinnerfüllten Selbstentfaltung vermitteln“ (Titze 1995, S. 1) kann. Bezogen auf die „Trotzmacht des Geistes“ (Frankl 1959, S. 684) vertritt Frankl die Auffassung, dass sich im Lachen gleichermaßen eine Trotzmacht äußert, welche sich über alle Einschränkungen hinwegsetzt. Er bricht als Erster mit der Vorstellung, die therapeutische Atmosphäre müsse von distanzierter Zurückhaltung, würdevoller Ernsthaftigkeit und schmerzvoller Entbehrung durchdrungen sein. „Nichts lässt den Patienten von sich selbst so sehr distanzieren wie der Humor. Der Humor würde verdienen, ein Existential genannt zu werden. (...) Der Patient soll lernen, der Angst ins Gesicht zu sehen, ja ihr ins Gesicht zu lachen. Hierzu bedarf es eines Mutes zur Lächerlichkeit. Der Arzt darf sich nicht genieren, dem Patient vorzusagen, ja vorzuspielen, was sich der Patient sagen soll“ (Frankl, 1959, S. 725). Er ermutigt seine Klienten, all dem ins Gesicht zu lachen, was sie ängstigt und beschämt und steht selbst als humorvoller Partner zur Seite (vgl. Biller & Stiegeler 2008, S. 478).

Mit Blick auf das Vorausgegangene eröffnen sich folgende Fragen, die jedoch nicht weiter Gegenstand der vorliegenden Arbeit sein werden:

- Warum nicht den Schmerz und die Angst der Abstinenz auch mit Humor und Lachen überwinden?
- Warum nicht humorvoll und lachend Ressourcen entdecken und Kräfte entwickeln?
- Warum nicht Humor als Strategie einsetzen, um statt totaler und „schmerzhafter“ Abstinenz eine zufriedenere und sinnhaftere Abstinenz zu leben?
- Warum nicht mittels Humor sich den Alltagsproblemen, den Entwicklungsaufgaben und den Widrigkeiten des Lebens stellen?

Das Leiden und die Hilfebedürftigkeit der Rehabilitanden stellen in der Suchthilfe das zentrale Thema dar. Die Bedürfnisse der Klienten werden ernst genommen, die Fachkräfte unterschiedlicher Disziplinen zeigen Empathie. Gleichzeitig hat die Suchthilfe den gesellschaftlichen Auftrag, Überleben zu sichern und Normalisierung zu gewährleisten. Professioneller Umgang setzt Abgrenzung gegenüber Einzelfällen voraus; dies auch, um selbst gesund zu bleiben.

Die Suchthilfe gilt vielen Menschen als ein Arbeitsfeld, in dem Humor und heitere Gelassenheit unangebracht erscheinen. Im diesem Gesundheitsbereich, wo Menschen leiden und sich in aller Regel mehrfach in Behandlung begeben, gibt es oftmals nichts mehr zu lachen.

Nach den „Allgemeinen Handlungsgrundsätzen“ der Suchtkrankenhilfe soll die Entwicklung der Selbstheilungskräfte und -potenziale gefördert werden (vgl. S. 34 ff. dieser Arbeit). Und wie auch Kleinberger feststellt (vgl. 87 dieser Arbeit), werden durch eine heitere Grundstimmung und Lachen genau diese Selbstheilungskräfte gestärkt. Warum nicht auch die Selbstheilungskräfte der suchtkranken Menschen? <sup>42</sup>

---

<sup>42</sup> Salameh (2007) nennt dazu ein Beispiel mithilfe von „Cartoons aus speziellem Anlass“. Für einen Klienten, der seinen massiven Drogenkonsum als Privatangelegenheit zu bezeichnen pflegte, obschon er damit seine Familie zugrunde richtete und seine berufliche Existenz vernichtete, setzte er das Thema Selbstzerstörung in einem Cartoon um. Er legte diesen Cartoon der Person vor und bat ihn, dazu einen sinnfälligen Kommentar zu machen. Der Cartoon entlockte dem

An dieser Stelle erhält noch einmal das SoC Bedeutung. Abweichend von der Annahme, dass das SoC ab dem Alter von ca. 30 Jahren stabil bleibt (vgl. Antonovsky 1997, S. 114), weiß die Wissenschaft heute, dass es sich z. B. durch psychotherapeutische Behandlung noch bis ins hohe Alter verändern kann. Moeller (2005) bezieht sich bei seiner Feststellung, dass ein ressourcenorientierter und salutogenetischer Ansatz das bestehende System der Suchtkrankenhilfe erweitern, ergänzen und Entwicklungsräume schaffen sowie die Nachreifung und Persönlichkeitsentwicklung ermöglichen kann, auf Jugendliche (vgl. S. 278). Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass auch erwachsene Suchtkranke von dieser veränderten Sichtweise profitieren, auch sie können durchaus nachreifen, ihre Persönlichkeit entwickeln bzw. verändern und damit auch ihr SoC stärken.

#### **Exkurs 4: Zur Bedeutung des Humors als Resilienzfaktor**

Der Begriff Resilienz bedeutet Spannkraft, Widerstandsfähigkeit, Elastizität (aus dem Lateinischen „resilire“ = zurückspringen). „Resilienz wird im Allgemeinen als eine psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen gegenüber biologischen, psychischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken verstanden. Entscheidend ist die Mehrebenenbetrachtung internaler und externaler protektiver Faktoren. Resilienz ist nicht als angeborenes, statisches Persönlichkeitsmerkmal eines Menschen zu verstehen, sondern als eine Bewältigungskompetenz, die im Laufe der Entwicklung erworben wird und im Laufe des Lebens Schwankungen unterworfen ist (vgl. Klein 2010, o. ; vgl. Jordan 2010, S. 340).

Lenz (2010) beschreibt Resilienz als „einen dynamischen oder kompensatorischen Prozess positiver Anpassung angesichts bedeutender Belastungen. Wenn es Kindern gelingt, relativ unbeschadet mit den Folgen herausfordernder bzw. belastender Lebensumstände umzugehen und dafür Bewältigungskompetenzen zu entwickeln“ (S. 8). Dabei stellt

---

Adressaten nicht nur ein herzhaftes Lachen, sondern half ihm auch, den Teufelskreis der Sucht zu durchbrechen, in den er sich hineinmanövriert hatte (vgl. S. 158 f).

Resilienz den Prozess und am Ende die jeweils gegebene Fähigkeit dar, erfolgreiche Adaptationen angesichts herausfordernder oder bedrohlicher Umstände zu entwickeln. Resilienz kann als erworbene, sich stets verändernde psychische Robustheit gegen Stressoren verstanden werden (vgl. Klein 2010, o. S.).

Um die beschriebene Fähigkeit der Resilienz im Sinne einer besonders hohen psychischen Stressresistenz analysieren zu können, wurden Kinder miteinander verglichen, die unter ähnlichen Umwelt- und Familienbedingungen lebten und die entweder starke Symptombelastungen zeigten oder weitgehend symptomfrei waren. Die Merkmale, die sich zwischen beiden Gruppen stark unterschieden, galten als **Resilienzfaktoren**. Werner (1986) unterschied zwischen intrapsychischen (psychologischen) und interaktionalen (sozialen) Resilienzfaktoren.<sup>43</sup>

In der Folge der klassischen Kauai-Studie von Werner wurden zahlreiche weitere Studien zur Resilienz durchgeführt, etwa die Mannheimer Risikokinderstudie (Laucht & Schmidt 2005) und die Bielefelder Heimkinderstudie (Lösl et al. 1998). Von besonderem Interesse bezüglich der Entwicklung von Resilienzfaktoren bei Kindern aus suchtblasteten Familien sind die Studien von Wolin und Wolin (1993, 1995, 1996). Sie erweiterten das traditionelle „Damage Modell“ von belastenden Familiensituationen um ein spezielles „Challenge Modell“. Demnach muss das Aufwachsen in einer stressreichen, belastenden Umwelt nicht automatisch zu Schäden (damage) in der psychischen Entwicklung des Kindes führen. Vielmehr kann es einer zunächst nicht näher bekannten Anzahl von Kindern gelingen, an den besonderen Schwierigkeiten und Herausforderungen einer solchen Umwelt zu wachsen und im Sinne einer Herausforderung (challenge) eine besonders stressresistente

---

<sup>43</sup> „Als bedeutsame Langzeitstudie zu Risikofaktoren und Resilienz im deutschsprachigen Raum ist die Bielefelder Invulnerabilitätsstudie von Bender und Lösel (1998) zu nennen. Bender und Lösel entdeckten in dieser Studie mit einer Hochrisikogruppe von Jugendlichen, deren Eltern teilweise Alkoholprobleme hatten, dass ihre Ergebnisse gut mit denen Werners (Werner 1992; Werner & Smith 1986) übereinstimmen. Ihre Studie zeigt außerdem, dass potenzielle Schutzmechanismen insbesondere dann von großer Bedeutung sind, wenn eine Häufung vieler Risikofaktoren vorliegt. Je mehr objektive und subjektive Belastungen bestehen, desto mehr Schutzmechanismen sind seitens der Kinder erforderlich; aber je mehr Risikofaktoren vorliegen, desto geringer ist auch die verbleibende Varianz für mögliche Schutzmechanismen“ (Klein 2010, o. S.).

Persönlichkeit zu entwickeln. Damit stehen sich in den neueren entwicklungspsychologischen Modellen die Aspekte der Vulnerabilität (d.h. der Empfänglichkeit für Belastungen und Störungen) und die der Resilienz (d.h. des dynamischen und flexiblen Schutzes vor Risiken) gegenüber. Wolin und Wolin (1993) identifizierten vor dem Hintergrund dieses Modells mithilfe retrospektiver klinischer Interviews bei jenen Personen mit guter psychischer Gesundheit aus suchtbelasteten Familien insgesamt sieben Resilienzfaktoren, die es Kindern ermöglichen sollen, sich gegen die dysfunktionale Familiensituation aktiv zu schützen und die Probleme kreativ zu bewältigen, siehe Abbildung 16.



**Abbildung 16: Intrapsychische Resilienzfaktoren**  
(vgl. Wolin & Wolin 1995, S. 424)

Die Autoren gehen davon aus, dass beim Vorliegen aller bzw. vieler der genannten Resilienzfaktoren das Kind auch unter ungünstigen psychosozialen Umständen eine gute Entwicklungsprognose aufweist.

Folgende sieben Resilienzfaktoren werden unterschieden:

- 1. *Einsicht*** entsteht in mehreren Schritten: Zunächst hat das Kind eine Ahnung, das bedeutet, es entwickelt sehr früh eine Intuition dafür, dass die Abläufe in der Familie nicht in Ordnung und akzeptabel sind. Daraus entwickelt sich später das Wissen, dass sich das Familienleben anders gestaltet als bei anderen und weniger vertrauensvoll und sicher ist.

Durch das Wissen über Alkohol und seine Auswirkungen versteht das Kind sich selbst und die anderen Familienmitglieder besser. Ab dem Jugendalter kann die Einsicht entstehen, dass durch das Alkoholproblem und andere Dysfunktionen Leben und Atmosphäre in der Herkunftsfamilie nachhaltig gestört sind.

2. **Unabhängigkeit** bezeichnet sowohl die emotionale Distanz (innere Unabhängigkeit) als auch die physische Distanz (z. B. Unternehmungen mit Freunden, sportliche Aktivitäten, Freizeitaktivitäten) zu den familiären Problemen.
3. **Beziehungsfähigkeit** bedeutet das Vorhandensein von emotional wichtigen Beziehungen zu verlässlichen, positiven Bezugspersonen außerhalb der Familie.
4. Mit **Initiative** werden das spielerische Erkunden der Umwelt, das Erkennen von Ursache- und Wirkungszusammenhängen und die Ausübung zahlreicher Aktivitäten außerhalb der Familie sowie die daraus resultierenden Selbstwirksamkeitserwartungen bezeichnet.
5. Die Fähigkeit zur **Kreativität** umfasst die Möglichkeit, innere Konflikte mit ästhetischen Mitteln auszudrücken und sich vom Alltag abzulenken. Dies kann darstellerische ebenso wie musische Form annehmen.
6. **Humor** haben Wolin und Wolin (1993) zufolge viele Kinder in suchtbelasteten Familien aufgrund der familiären Verhältnisse oft wenig erlebt, weshalb sie die natürliche Fähigkeit zum Spaß und das Lachen verlernt haben. Humor kann jedoch, bisweilen auch durch Ironie oder Sarkasmus, zur emotionalen Distanzierung beitragen und weist somit eine entlastende Funktion auf.
7. Durch die Entwicklung eines eigenen differenzierten und sozial verantwortlichen **Werte- und Moralsystems** erhalten die Kinder einen verlässlichen ethischen Rahmen für Bewertungen und Struktur. Dieser Resilienzfaktor ist besonders in Familien mit drogenabhängigen Elternteilen gestört, wo es meist zu erheblichen Verzerrungen des Wertesystems aufgrund der Illegalität des Drogenkonsums kommt.

Diese Schutzfaktoren tragen zur Bildung individueller und sozialer Ressourcen bei, die den durch die Risikofaktoren entstandenen

Belastungen entgegenwirken zu können. Zentrale Schutzfaktoren in der kindlichen Entwicklung sind das SoC (vgl. S.90 ff. dieser Arbeit) bzw. der dispositionelle Optimismus (generalisierte, globale und zeitlich stabile Ergebniserwartung, dass alles gut gehen wird) und die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung. Weitere Schutzfaktoren sind familiäre und soziale Unterstützung. Schutzfaktoren fördern eine resiliente Entwicklung von Kindern. Die Widerstandsfähigkeit hängt insgesamt sowohl von verfügbaren sozialen Ressourcen ab als auch von den politischen Rahmenbedingungen.

Wolin und Wolin (1995) nennen Humor als einen Resilienzfaktor, der es Kindern ermöglicht, trotz hoher Belastungen gesund zu bleiben. Im Mittelpunkt des Resilienzkonzepts steht nicht die Defizitorientierung, sondern die Förderung von Ressourcen. Auch in der Klassifizierung der sechs Tugenden und 24 Charakterstärken (vgl. Peterson & Seligman 2004), die einer resilienten Entwicklung dienlich sind, ist Humor aufgeführt als eine Eigenschaft der Transzendenz, vgl. Tabelle 3 auf der nachfolgenden Seite.

Ziel des Kapitels „Humor in der Suchthilfe“ war es, theoretisch der Beantwortung der zentralen Frage nachzugehen, inwieweit Humor, Lachen und heitere Gelassenheit einen berechtigten Platz in der Arbeit mit suchtkranken Menschen haben können – weil zumindest nachweislich keine schädigenden Effekte vermutet werden (vgl. FVS 2012, S. 78).

In dem nachfolgenden Kapitel wird das Untersuchungsdesign beschrieben, mit welchem praktisch der Beantwortung der zentralen Fragestellung nachgegangen wurde.



Tugend und Charakterstärke	Beschreibung
<b>1. Weisheit und Wissen</b>	<b>Kognitive Stränge, die das Erwerben und Nutzen von Wissen bedingen</b>
Kreativität	Über neuartige Wege nachdenken, um Dinge zu tun
Kuriosität	Interesse zeigen für alle laufenden Erfahrungen
Aufgeschlossenheit	Dinge durchdenken und sie von allen Seiten betrachten
Liebe am Lernen	Neue Fähigkeiten, Themengebiete und Wissenskörper beherrschen
Perspektive	Anderen sinnvolle Beratung bieten können
<b>2. Courage</b>	<b>Beherztheit, Mut der Seele</b>
Authentizität	Die Wahrheit sagen und sich selbst authentisch präsentieren
Mut	Nicht vor Gefahr, Herausforderungen, Schwierigkeiten oder Schmerz zurückschrecken
Beharrlichkeit	Beenden, was andere begonnen haben
Vergnügen	Sich dem Leben mit Aufgeregtheit und Kraft nähern
<b>3. Menschlichkeit</b>	<b>Interpersonelle Stränge, die involvieren</b>
Freundlichkeit	Anderen eine gute Tat und einen Gefallen bereiten
Liebe	Enge Freundschaften mit anderen wertschätzen
Soziale Intelligenz	Kenntnis über die Anlässe und die Gefühle der eigenen Person und anderer Personen
<b>4. Gerechtigkeit</b>	<b>Bürgerliche Eigenschaften, die einem gesunden, gesellschaftlichem Leben unterliegen</b>
Fairness	Gleichbehandlung aller Personen nach derselben Vorstellung von Fairness und Gerechtigkeit
Leitung	Gruppenaktivitäten und deren Durchführung organisieren
Teamarbeit	Als ein Gruppenmitglied gut arbeiten
<b>5. Mäßigung</b>	<b>Eigenschaften, die vor Ausschreitungen schützen</b>
Vergebung	Denen vergeben, die Falsches getan haben
Anstand	Eine Leistung für sich selbst sprechen lassen
Sorgfalt	Keine Dinge sagen oder machen, die später abgesagt werden (keine leeren Versprechungen machen)
Selbstregulierung	Regulieren, was jemand macht oder fühlt
<b>6. Transzendenz</b>	<b>Eigenschaften, die Verbindungen formen</b>
Anerkennung von Schönheit und hervorragenden Eigenschaften	Wahrnehmung und Anerkennung von Schönheit, hervorragenden Eigenschaften, und/oder geschickter Umgang mit allen Lebenslagen
Dankbarkeit	Kenntnis über und Dankbarkeit für die guten Dinge, die Geschehen
Hoffnung	Das Beste erwarten und daran arbeiten, um es zu erreichen
Humor	Lachen und albern sein; andere Menschen zum Lachen bringen
Religiosität	Eine kohärente Überzeugung über die höheren Bestimmungen und Bedeutung des Lebens haben

**Tabelle 3: Klassifizierung der sechs Tugenden und 24 Charakterstärken (vgl. Peterson & Seligman 2004)**

## 5. Untersuchungsdesign



„Ernst zu nehmende Forschung erkennt man daran, dass plötzlich zwei Probleme existieren, wo es vorher nur eines gegeben hat.“

Thorstein Bunde Veblen (1857–1929), amerikanischer Soziologe und Ökonom

Ziel der Dissertation ist die Untersuchung und damit einhergehend die Beantwortung der zentralen Fragestellung, ob Humor und heitere Gelassenheit in einem suchtttherapeutischen Setting eine wirkungsvolle und damit angezeigte Interventionsform bei Menschen mit einer Suchterkrankung darstellen, d. h. eine Stärkung des Sinnes für Humor als Bewältigungsstrategie durch entsprechende Interventionen (Humor-Sensibilisierungs-Programm) erreicht werden kann.

Die Beantwortung dieser Frage ist von Relevanz für die zukünftige Erweiterung indikativer Angebote; sie soll jedoch auch zu einem verbesserten Verständnis für Humor und heitere Gelassenheit in der Suchthilfe beitragen.

**Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit ist es, wissenschaftlich fundierte und relevante Erkenntnisse zur Relevanz des Humors in der Arbeit mit suchtkranken Menschen zu gewinnen.**

### 5.1 Begründung des Forschungsinteresses

Humor zu haben bzw. humorvoll zu sein gilt als erstrebenswerte soziale Kompetenz. Es ist jedoch kritisch festzustellen, dass Humor und Lachen an Schulen, Unternehmen, Einrichtungen, Institutionen eher Widerstand denn Förderung erfahren. In der Gesellschaft geht man gemeinhin davon aus, dass

der Mensch nicht ernsthaft lernen oder arbeiten kann, wenn er dabei Spaß hat. Das Gegenteil beschreibt der amerikanische Verhaltenspsychologe McGhee. Er erforscht seit 1978 den Humor, und die Ergebnisse seiner Arbeiten zeigen: Humor hebt die Arbeitsmoral, fördert Teamgeist und Kreativität, reduziert Stress im Alltag und erhöht die psychologische Widerstandsfähigkeit (1998). Es ist davon auszugehen, dass die Kompetenz, das eigene Leben und die Dinge mit Humor zu nehmen, erst im Laufe der persönlichen Entwicklung entsteht. Der Reifeprozess ermöglicht es den Einzelnen, mit zunehmend selbst zu relativieren und nicht jede eigene Einsicht und Ansicht für allgemeingültig zu halten.

Die Ergebnisse der Untersuchungen u. a. von Sassenrath (2001) und Rusch und Stolz (2008) zeigen, dass die formulierten Hypothesen (u. a. Verbesserung im Sinn für Humor, Verbesserung im Sinn für Humor als Bewältigungsstrategie) durch die Absolvierung des 8-Stufen-Programms zur Wiederentdeckung und Stärkung des Sinnes für Humor nach McGhee durchaus bestätigt werden konnten.

Im Rahmen dieser Dissertation sollen nun die vorliegenden Untersuchungen gezielt auf den Bereich der Rehabilitation suchtkranker Menschen erweitert werden. Das Ergebnis der Diplomarbeit von Link (2008) zeigt, dass Humor von erheblicher Relevanz in der Arbeit mit suchtkranken Menschen sein kann, sowohl für die Rehabilitanden als auch für die Fachkräfte der Suchtkrankenhilfe.

**Zur Beantwortung der Frage, ob Humor und heitere Gelassenheit für suchtkranke Menschen in einem suchttherapeutischen Setting von Bedeutung und in wieweit entsprechende Interventionen wirksam sein können, liegen bisher noch keine wissenschaftlich fundierten Ergebnisse vor.**

Ziel des HSP in Anlehnung an McGhee ist es, die humorvollen Kräfte zu mobilisieren und zu fördern, um

- Humor als Strategie gegen die Widrigkeiten des Alltags einsetzen zu können,

- in stressigen Situationen gelassener zu bleiben,
- mit Humor im persönlichen und beruflichen Umfeld mehr zu erreichen,
- über sich selbst lachen zu können,
- den Weg in die Abstinenz gelassener, vielleicht sogar heiterer zu gehen,
- um durch den Sinn für Humor eine sinnstiftende Abstinenz leben zu können.

Themen des HSP sind u. a.:

- eine spielerische Haltung zu finden,
- Optimismus zu bewahren und zu fördern,
- Humor im Alltag zu finden,
- durch eine humorvolle Lebenshaltung den Widrigkeiten des Lebens heiterer und gelassener zu begegnen und diese besser zu bewältigen.

### 5.2 Hypothesen der Forschungsarbeit

Basierend auf den vorausgegangenen Untersuchungen werden zwei Fragestellungen betrachtet:

1. Inwiefern ist es möglich, Rehabilitanden der Suchthilfe in medizinischer Rehabilitation durch das mehrstufige Humor-Sensibilisierungs-Programm in Anlehnung an McGhee für ihren eigenen Sinn für Humor zu sensibilisieren, diesen zu stärken und zu verbessern?
2. Inwiefern ist es möglich, den Sinn für Humor zu verbessern, um Humor sowohl als Stressbewältigungsstrategie anwenden als auch um die allgemeine Befindlichkeit der Rehabilitanden positiv beeinflussen zu können?

Diese Fragen dienen der Beantwortung der zentralen Fragestellung, **ob Humor und heitere Gelassenheit in einem suchttherapeutischen Setting eine wirkungsvolle und damit angezeigte Interventionsform bei Menschen mit einer Suchterkrankung darstellen.**

Die Forschungsarbeit zielt auf die Abklärung der kurzfristigen und länger andauernden Effekte bei suchtkranken Menschen in Rehabilitation ab. Es gilt zu berücksichtigen, dass, wie alle Fähigkeiten, die nicht regelmäßig sensibilisiert oder trainiert werden, sich auch die „Humorfähigkeiten“ nach und nach wieder abbauen können, wenn sie nicht kontinuierlich bewusst nutzbar gemacht werden. Im Rahmen des Humor-Sensibilisierungs-Programms soll daher der eigene Sinn für Humor sensibilisiert und der Entdeckungs- und Stärkungsprozess in Gang gesetzt werden.

In Anlehnung an Feyerabend (1978) soll hier belegt werden, was vermutet wird (vgl. S. 25): Es wird angenommen, dass die regelmäßige Teilnahme (mindestens sechs Termine) an den Humoreinheiten zu einer Veränderung, respektive Verbesserung im Sinn für Humor im Allgemeinen, Verbesserung im Sinn für Humor als Stressbewältigungsstrategie, Verbesserung der allgemeinen Befindlichkeit sowie einer positiven Stimmungsveränderung führt. Daraus lassen sich folgende Hypothesen herleiten:

### **Hypothese 1**

**Wenn das Humor-Sensibilisierungs-Programm mit mindestens sechs Teilnahmen absolviert wird, dann zeigt sich eine positive Veränderung im Sinn für Humor.**

### **Hypothese 2**

**Wenn das Humor-Sensibilisierungs-Programm mit mindestens sechs Teilnahmen absolviert wird, dann zeigt sich eine positive Veränderung im Sinn für Humor als Stressbewältigungsstrategie.**

### **Hypothese 3**

**Wenn das Humor-Sensibilisierungs-Programm mit mindestens sechs Teilnahmen absolviert wird, dann zeigt sich dies in einer positiven Beeinflussung der allgemeinen Befindlichkeit.**

### Hypothese 4

Wenn jede Humor-Sensibilisierungs-Programm-Einheit absolviert wird, dann zeigt sich nach jeder Programm-Einheit eine positive Stimmungsveränderung.

Bei den formulierten Forschungshypothesen handelt es sich um Veränderungshypothesen, deren Variablenausprägungen sich im Laufe der Zeit verändern. Es genügt jedoch nicht, die verändernde Wirkung des Treatments mit nur einer Postmessung nachzuweisen. Eine „Humoreinheit“ (Stufe des Humortrainings) mag für Suchtkranke kurzfristig zu einer Veränderung der Stimmung führen; der tatsächliche Wert dieses Trainings wird jedoch erst dann deutlich, wenn sie längerfristig am Humortraining teilnehmen.

Hypothesen, die sich auf längerfristige Veränderungen beziehen oder darauf, welche Veränderungen nach mehrfacher Anwendung eines Treatments eintreten, werden durch wiederholte Messungen der **abhängigen Variablen** untersucht. Diese sind für die vorliegende Untersuchung:

- Positive Veränderung im Sinn für Humor
- Positive Veränderung im Sinn für Humor als Bewältigungsstrategie
- Positiver Einfluss auf die allgemeine Befindlichkeit
- Positive Stimmungsveränderung

Als **unabhängige Variablen** sind zu nennen:

- Humortraining (Theorie und Praxis)
- Humortraining (Theorie)
- Kein Humortraining (nur Testungen)

### 5.3 Beschreibung der Einrichtungen

#### Beschreibung der Zielgruppe im Allgemeinen

Das Durchschnittsalter suchtkranker Menschen in stationärer Behandlung beträgt rund 45 Jahre. Die Klienten befinden sich im erwerbsfähigen Alter, haben oft mehrere Jahre Berufstätigkeit aufzuweisen und haben oder hatten einen Platz im Leben gefunden. „Innerhalb der Altersspanne von 30 bis 60 Jahren unterscheiden sich die Klienten durch ihr individuelles Schicksal, durch ihr Suchtverhalten, die Komorbidität und das Ausmaß sozialer Schädigungen“ (Geyer 2008, S. 34). Übergeordnete Therapieziele sind die Teilhabe am Arbeitsleben sowie die Einübung und Erreichung von Beziehungs- und Konfliktfähigkeit und eine angemessene Gesundheitsfürsorge. Die durchschnittliche Verweildauer in stationäre Rehabilitationsbehandlung beträgt je nach Indikation zwischen 16 und 24 Wochen.

„Die spezifischen Charakteristika jüngerer Suchtkranker zwischen 18 und 25 Jahren sind ein häufig polyvalentes Konsummuster, eine bei beiden Geschlechtern gleichermaßen erhöhte Auffälligkeit von schweren körperlichen und seelischen Gewalterfahrungen und sexuellen Traumatisierungen, Reifungs- und Entwicklungsdefiziten mit Beeinträchtigung in der Entwicklung von Wertvorstellungen, bei Ablösung aus dem Elternhaus, im Umgang mit Autoritäten, in der Entwicklung von Beharrlichkeit, Durchhaltevermögen und Frustrationstoleranz“ (ebd., S. 31).

An der Untersuchung im Zeitraum vom 02.01.2012 bis 30.11.2012 nahmen folgende Einrichtungen teil:

- AHG Koblenz, ambulante Nachsorge
- Kliniken Wied, med. Rehabilitation
- Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, Qualifizierter Entzug.

Die Einrichtungen sind wie folgt zu differenzieren:

### 5.3.1 AHG ambulante Nachsorge, Koblenz

Die AHG-Gesundheitsdienste bieten vielfältige Therapiemöglichkeiten im Bereich der Medizinischen Rehabilitation der Abhängigkeitserkrankungen sowie der Psychotherapie anderer psychischer Störungen. Im Beratungs- und Behandlungsprozess werden die individuellen Erfahrungen der Rehabilitanden aufgegriffen und mit professionellen Lösungsstrategien ergänzt.

Die Rehabilitation Abhängigkeitskranker am Standort Koblenz gliedert sich in die Bereiche: Tagesrehabilitation, Adaption, Ambulante Rehabilitation/Nachsorge. Im Rahmen der ambulanten Rehabilitation/Nachsorge gelten folgende Behandlungsansätze:

- „Beratung als individuelle Beratung, als Beratung im Rahmen des suchtmmedizinischen Konsils,
- Beratung im Rahmen des Konsumchecks für Mitarbeiter aus Unternehmen,
- Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der ambulanten Rehabilitation Sucht,
- Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der Nachsorgebehandlung im Anschluss an eine stationäre Rehabilitation“ (AHG 2013).

Das Beratungs- und Therapiekonzept basiert auf den jeweils gültigen wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie langjähriger klinischer Erfahrung (vgl. AHG 2013).

### Beschreibung der Zielgruppe im Besonderen

Es werden Frauen und Männer beraten und behandelt, bei denen eine Suchtproblematik (Alkohol-, Medikamenten-, Drogenabhängigkeit sowie pathologisches Glücksspielen) vorliegt oder eine solche vermutet wird. Das Alter der Rehabilitanden liegt in der Regel zwischen 18 und 65 Jahren.

In die Nachsorgeeinrichtung münden Patienten nach abgeschlossener stationärer bzw. nach einer teilstationären Rehabilitation an. Ein nahtloser Übergang in die Nachsorge nach der Therapie ist erwünscht. Nach den Richtlinien der DRV haben Patienten nach abgeschlossener stationärer oder teilstationärer Rehabilitation drei Monate lang Anspruch auf Nachsorge, danach



verfällt der Anspruch. Der Bewilligungszeitraum umfasst 26 Wochen. Die Nachsorge kann verlängert werden. Das Nachsorgeangebot umfasst 20 therapeutische Gruppen- und Einzelsitzungen. Die Einzelsitzungen bestehen aus Aufnahme- und Entlassungsgesprächen sowie therapeutischen Einzelgesprächen nach Bedarf. Die Gruppe findet wöchentlich statt.

Rund 90 % der Patienten besuchen parallel regelmäßig eine Selbsthilfegruppe (vgl. AHG 2013).

### 5.3.2 Kliniken Wied

Die Voraussetzungen für eine Aufnahme sind eine erfolgreiche Entzugsbehandlung sowie die Vorlage einer Kosten- bzw. Leistungszusage.

Der Therapieansatz ist tiefenpsychologisch fundiert, Methoden der Verhaltenstherapie sowie der Gesprächspsychotherapie und gruppentherapeutischer Verfahren sind im Gesamtkonzept integriert. Dazu zählen: Sport- und bewegungstherapeutische, gestalterisch-kreative und rekreative Elemente, soziotherapeutisch angeleitete Ergo- und Arbeitstherapie, Indikationsgruppen mit körperorientierten Verfahren, kreatives Gestalten und Förderung von Freizeitinteressen, Raucherentwöhnung, Frauen- und Männergruppe sowie Angehörigenseminare und Paargespräche.

Die Behandlungsdauer ist zeitlich variabel zwischen sechs bis 16 Wochen, für Drogenabhängige bis zu 26 Wochen, die stationäre Motivationsbehandlung dauert zwischen zwei bis vier Wochen.

Die Therapieziele sind die Wiederherstellung und Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit, soziale und berufliche Wiedereingliederung, Wiederherstellung, Stabilisierung und Förderung der körperlichen Funktionstüchtigkeit und Belastbarkeit, Stärkung und Stabilisierung der Abstinenzfähigkeit, Aufbau einer befriedigenden Freizeitgestaltung sowie Motivierung und Unterstützung für ggf. erforderliche weiterführende Maßnahmen (vgl. Kliniken Wied 2013).

### Beschreibung der Zielgruppe im Besonderen

In den Kliniken Wied werden suchtkranke Männer und Frauen im Alter von 18 bis 65 Jahren behandelt, ältere Menschen nach Abklärung. Die Rehabilitanden

werden aufgrund einer stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankung aufgenommen und behandelt, mitbehandelt werden begleitende psychosomatische und somatische Erkrankungen sowie stoffungebundene Abhängigkeiten wie z. B. Essstörungen und pathologisches Spielen.

### 5.3.3 Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach

Die Station Haus Martinsberg zur qualifizierten Entzugsbehandlung bietet drogenabhängigen Patienten 20 Behandlungsplätze ab dem 18. Lebensjahr an. Qualifizierte Entzugsbehandlung bedeutet - unter Berücksichtigung des Globalziels der Überlebens- und Gesundheitssicherung - zunächst, dass das Behandlungsangebot allen von Drogenabhängigkeit Betroffenen, die sich einem Entzug unterziehen wollen, möglichst niedrigschwellig, d. h. zeitnah und weitgehend voraussetzungslos, zur Verfügung steht. Demnach sind Krankheitseinsicht und die Bereitschaft zur Inanspruchnahme weiterführender Therapieangebote nicht Voraussetzung, sondern vielmehr Ziel qualifizierter Entzugsbehandlung. Da das Krankheitsbild in der Regel durch einen prozesshaften, langwierigen und von Rückfällen geprägten Verlauf geprägt ist, kommt der qualifizierten Entzugsbehandlung im gegliederten Suchthilfesystem eine wichtige „Clearing-Funktion“ zu, indem sie im Sinne eines bio-psycho-sozialen Moratoriums dem Abhängigen in einer beschützenden und von weitgehender Akzeptanz und Wertschätzung geprägten Umgebung unter zeitweisem Verzicht auf das Suchtmittel die Möglichkeit eröffnet, alternative und drogenfreie Lebensperspektiven mithilfe therapeutischer Unterstützung zu erproben und sich ggf. neu zu orientieren.

Unverzichtbare Bestandteile bzw. Teilziele qualifizierter Entzugsbehandlung sind darüber hinaus neben der medizinischen Diagnostik und Behandlung des akuten Entzugssyndroms eine umfassende psychologisch-psychiatrische und psychosoziale Diagnostik, die Behandlung der Begleiterkrankungen und medizinischer Notfälle, die Reduktion von (Bei-)Konsummenge und -häufigkeit, die Förderung von Veränderungsbereitschaft und -kompetenz und nicht zuletzt die Motivierung zu bzw. Sicherstellung von tragfähigen Anschlusslösungen i.S. weiterführender suchtspezifischer Behandlungsmaßnahmen bis hin zur Vermittlung in eine Abstinenztherapie. Qualifizierte Entzugsbehandlung ist

insofern flexibel und an den individuellen Bedürfnissen und Behandlungsbedarfen jedes einzelnen Patienten orientiert.

Dies gilt im Wesentlichen auch für die Behandlungsdauer: Qualifizierte Entzugsbehandlung bedeutet eine angemessene, am individuellen Behandlungsbedarf orientierte Behandlungsdauer unter Berücksichtigung des Entzugssyndroms, Restitution komorbider psychischer und somatischer Erkrankungen, der emotionalen Stabilität und der Motivationslage für weiterführende Behandlungsansätze. Ferner muss die Behandlungsdauer häufigen psychosozialen Krisensituationen Rechnung tragen.

Strukturell setzt das differenzierte Angebot qualifizierter Entzugsbehandlung ein multiprofessionelles Behandlungsteam voraus, das eine hohe Beziehungsdichte und die Erreichung konzeptioneller Ziele realisieren kann; dabei bilden entzugslindernde und motivationsförderliche Anteile eine funktionelle Einheit.

Hinsichtlich der Wirksamkeit und der Ergebnisse stationärer qualifizierter Entzugsbehandlung sind – unter Berücksichtigung der Tatsache, dass dauerhafte Abstinenz häufig erst nach mehreren Anläufen und wiederholten Behandlungen erreichbar ist unterschiedliche Kriterien einzubeziehen, die sich im Wesentlichen an den jeweils individuellen Behandlungszielen orientieren müssen. Neben dem Kriterium der regulären Behandlungsbeendigung sind u. a. auch der verbleibende medizinische Behandlungsbedarf, die psychische Stabilisierung, eine (erste) soziale Orientierung, die Stärkung der Veränderungsbereitschaft sowie die Einleitung von bedarfsgerechten und realistischen Anschlussmaßnahmen wesentliche Marker für den Erfolg qualifizierter Entzugsbehandlung.

Qualifizierte Entzugsbehandlung Drogenabhängiger ist schließlich auch integraler Bestandteil eines wohnortnahen und differenzierten Suchtkrankenhilfesystems und erfordert eine enge Einbindung in den Verbund suchtspezifischer Hilfen sowie eine gute Kooperation mit angrenzenden Fachbereichen und Beratungsangeboten (vgl. Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach 2013).

### **Beschreibung der Zielgruppe im Besonderen**

Behandelt werden drogenabhängige Patienten,

- die sich in frühen wie auch fortgeschrittenen Stadien der Sucht befinden, häufig mit multiplen Suchtbegleit- und Folgeerkrankungen,
- die bei Substitutionsbehandlung vom Beikonsum entziehen wollen,
- die eine Ein- bzw. Umstellung auf ein Substitutionsmittel zur Vorbereitung und/oder Fortsetzung einer ambulanten substitutionsgestützten Behandlung wünschen,
- die eine stationäre opioidgestützte Entzugsbehandlung anstreben,
- die eine Entzugsbehandlung als eine erste Orientierung und ggf. Vorbereitung auf weiterführende suchtspezifische Behandlungs- und Betreuungsangebote im ambulanten, teilstationären oder stationären Form nutzen möchten in Zusammenhang mit einer niederschweligen Betreuung,
- die eine Entzugsbehandlung im Vorfeld einer geplanten und bewilligten ambulanten, stationären oder kombiniert ambulant-stationären Entwöhnungsbehandlung benötigen die eine Entzugsbehandlung bei Rückfall während der Entwöhnungsbehandlung i. S. zeitnahe Krisenintervention mit dem Ziel einer erneuten Standortbestimmung und ggf. Fortsetzung der Therapie benötigen,
- die im Rahmen einer Schwangerschaft eine Behandlung ihrer Opiat-/ Opioidabhängigkeit benötigen,
- die grundsätzlich bereit sind, sich unter Annahme des Behandlungsvertrages und bei Einhaltung der Stationsordnung auf eine stationäre Drogenentzugsbehandlung in motivierender, wohlwollend-akzeptierender wie auch konfrontierender Atmosphäre einzulassen (vgl. Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach 2013).

Die Einrichtungen sind für die Untersuchung wie folgt zu differenzieren:

- Versuchsgruppe (im weiteren VG) 1: AHG ambulante Nachsorge
- VG 2: Kliniken Wied, med. Rehabilitation, Gr. 1
- VG 3: Kliniken Wied, med. Rehabilitation, Gr. 2

- VG 4: Kliniken Wied, med. Rehabilitation, Gr. 3
- VG 5: Rhein-Mosel-Fachklinik, Qualifizierter Entzug, Gr. 1
- VG 6: Rhein-Mosel-Fachklinik, Qualifizierter Entzug, Gr. 2
- VG 7: Rhein-Mosel-Fachklinik, Qualifizierter Entzug, Gr. 3
- VG 8: Rhein-Mosel-Fachklinik, Qualifizierter Entzug, Gr. 4

### 5.4 Methodisches Vorgehen

#### 5.4.1 Geplantes methodisches Vorgehen

Zur Überprüfung der Veränderungshypothesen wurde ein Untersuchungsplan angelegt, der einem evidenzbasierten Plan<sup>44</sup> entsprach. Die Überprüfung der Hypothesen im Sinne der Interventionsforschung<sup>45</sup> war mittels zweier Versuchsgruppen (V) je Einrichtung (mit Humortraining V1 und V2) und einer Kontrollgruppe (ohne Humortraining K1) vorgesehen. Es waren insgesamt vier Messwiederholungen für Versuchsgruppen 1 und 2 sowie für die Kontrollgruppe geplant. Die Ermittlung des optimalen Stichprobenumfangs (nach Bortz & Döring 2006) N=132 basierte auf der Annahme, dass mittlere Veränderungen auf einem Signifikanzniveau von 0,05 erwartet werden.

Zur Kontrolle von Sequenzeffekten wurde ein entsprechender Plan angelegt. Dieser zeigt, zu welchem Zeitpunkt welche Messinstrumente eingesetzt wurden. Die Beschreibung Messinstrumente erfolgt in Unterkapitel 5.6 Messinstrumente und Anhang, S. 339 ff.):

---

<sup>44</sup> „Eine auf Evidenz basierende Praxis findet zunehmend Befürworter und scheint sich in der Sozialen Arbeit durchzusetzen. Dies indiziert eine Stärkung der Überzeugung, dass Soziale Arbeit insgesamt wissenschaftlich begründet sein sollte und dass die je spezifischen Praxisentscheidungen durch die in wissenschaftlicher Forschung gewonnenen handlungsleitenden Annahmen angeleitet sein sollten. Trotz angemessener Einsicht in die Angemessenheit einer solchen Arbeit ist sie nicht breit in die Praxis implementiert worden“ (Proctor & Rosen 2010, S. 217).

<sup>45</sup> „Interventionsforschung beschäftigt sich mit der Ausformulierung von Interventionen und dem Austesten ihrer Beziehung zu angestrebten Resultaten von Diensten und Leistungen. Gewöhnlich werden zwei aufeinanderfolgende Phasen der Interventionsforschung unterschieden, nämlich Wirksamkeits- und Effizienzstudien. (...) Sowohl Forscher als auch Praktiker äußern oft Zweifel hinsichtlich der Möglichkeit, Resultate der Wirksamkeitsforschung in die Praxis umzusetzen, insbesondere die Relevanz und Anwendbarkeit von Evidenz auf die unterschiedlichen Klientengruppen, Rahmungen, Probleme und Anbieter betreffend. Solche Vorbehalte gegenüber der Generalisierbarkeit von Resultaten der Wirksamkeitsforschung unterstreichen die Bedeutung der Effizienzforschung. (...) Interventionsforschung bringt auf diese Weise die tragenden Säulen des sozialarbeiterischen Praxiswissens hervor. Als ganzes Feld hat die Sozialarbeit die Herausforderungen einer effizienten Praxis angenommen“ (ebd., S. 219 f.).

	Vor-Erhebung	Erhebung 1	Erhebung 2	Erhebung 3	Erhebung 4	Erhebung 5	Erhebung 6	Nach-Erhebung 1+2
Fragebogentyp*:	STHI-S STHI-T CHS SHS BSKE	STHI-S	STHI-S	STHI-S	STHI-S	STHI-S	STHI-S	STHI-S STHI-T CHS SHS BSKE
Thema:		Gehen Sie Ihrem persönlichen Sinn für Humor auf den Grund.	Überwinden der Ernsthaftigkeit im Endstadium.	Öfter und herzlich lachen.	Humor im Alltag entdecken.	Über sich selbst lachen.	Humor inmitten von Stress finden. Zusammenfassung.	

**Tabelle 4: Messinstrumente und Messzeitpunkte zur Kontrolle von Sequenzeffekten**

\* vgl. Anhang, S. 339 ff.

### 5.4.2 Tatsächliches methodisches Vorgehen

Gemäß dem randomisiert-kontrollierten Untersuchungsplan sollte die Zuweisung der rekrutierten Untersuchungsteilnehmer zufällig per Losverfahren erfolgen.

#### **Dieses Vorgehen war aus folgenden Gründen zu korrigieren<sup>46</sup>:**

Die Teilnahme an der Studie im Rahmen der Dissertation war für die Rehabilitanden in den Einrichtungen freiwillig. Zur Bekanntgabe der Durchführung der humorintendierten Interventionen wurden zunächst Aushänge (siehe Anhang, S. 315) in den Einrichtungen gemacht mit dem Hinweis, dass es zu einem bestimmten Termin noch eine Vorstellung der Studie durch die Studienleiterin gibt.

Im Rahmen der Vorstellung wurden alle Interessierten über Ziele, Vorgehensweise, Freiwilligkeit und Voraussetzungen zur Studie aufgeklärt. Die Voraussetzungen waren: der Aufenthalt/Verbleib in der Einrichtung während der Studie sowie die Bereitschaft, regelmäßig zu den Einheiten zu kommen, regelmäßig die Erhebungsbögen auszufüllen und an den Nacherhebungen teilzunehmen. Zwecks Überprüfung, ob die erwarteten positiven Veränderungen

<sup>46</sup> „Ich weiß, wie groß der Unterschied zwischen Konzept und therapeutischer Realität ist (...9“, erklärt Bönner (1995, S. 2) im Zusammenhang mit der stationären Vierwochentherapie in Hazelden, Minnesota.

im Sinn für Humor wirklich auf das Sensibilisierungsprogramm zurückzuführen sind und nicht allein durch den Gruppeneffekt entstehen, sollten vor dem Hintergrund des Untersuchungsdesigns einer randomisiert-kontrollierten Untersuchung<sup>47</sup> insgesamt je zwei Versuchsgruppen und eine Kontrollgruppe gewonnen werden. Die Zuteilung in die Gruppen sollte per Losverfahren erfolgen. Dieses Vorgehen gelang im ersten Durchlauf in den Kliniken Wied (VG 2).

Eine Randomisierung in den weiteren Durchläufen kam aus folgenden Gründen nicht zustande:

- 1) Die Anzahl der möglichen Freiwilligen war zu klein. Eine Teilung der Gruppe in Versuchs- und Kontrollgruppe wäre uneffektiv gewesen.
- 2) Die Freiwilligen wollten alle das Sensibilisierungsprogramm absolvieren. Bei einer Loszuteilung in die Kontrollgruppe hätten sie ihre Teilnahme zurückgezogen.<sup>48</sup>
- 3) Eine Loszuteilung in Versuchs- und Kontrollgruppe war für die Patienten in der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach (VG 5) von vorne herein nicht geplant. In dieser Einrichtung sollten mögliche Kontrollgruppenteilnehmende über das persönliche Gespräch gewonnen und dazu motiviert werden, zu Beginn und bei Beendigung der Behandlung die Erhebungsbögen (Ausführungen zu den Erhebungsbögen folgen auf S. 119 f.) auszufüllen (und auch nur drei von fünf, nämlich: CHS, SHS und STHI-S). Das Ausfüllen der kompletten Testbatterie durch die Rehabilitanden ist in diesem Stadium der Behandlung unangemessen und für die meisten nicht zu leisten.

Die Teilnehmenden der einmaligen Kontrollgruppe der VG 2 (Kliniken Wied) nahmen wöchentlich während des Untersuchungszeitraums an den Testungen

---

<sup>47</sup> Bei randomisiert kontrollierten Versuchsgruppen ist der Einsatz von Kontrollgruppen aufgrund der vorhandenen Ungerechtigkeit (eine Gruppe wird behandelt, die andere nicht) ethisch problematisch (vgl. Patry 2002, S. 16 f.).

<sup>48</sup> Zur Freiwilligkeit der Teilnahme: „Manche Versuchspersonen sind kooperativ, manche verhalten sich unkooperativ. Kooperative Versuchspersonen werden eher die ‚Anweisungen [des Versuchsleiters] befolgen und insgesamt versuchen, dem [Versuchsleiter] zu helfen. Unkooperative Versuchspersonen werden eher versuchen, gegen den Versuchsleiter zu agieren und seine ‚Anweisungen (...) - wenn möglich - [zu] unterlaufen. Neben anderen Gründen, wie schlechten bzw. guten Erfahrungen mit Experimenten, ist eine der Ursachen für kooperatives oder unkooperatives Verhalten die Art der Rekrutierung: Versuchspersonen, die freiwillig an einem Experiment teilnehmen, werden sich anders verhalten als solche, die zwangsrekrutiert wurden. (...) So gesehen scheint es auf den ersten Blick nötig, auch unfreiwillige Versuchspersonen in eine Untersuchung einzubeziehen, um eine Verfälschung der Ergebnisse zu vermeiden. Dies verstößt jedoch einerseits gegen ethische Grundsätze und andererseits trägt es zur Wissenschaftlichkeit der Untersuchung nicht viel bei, da ja unfreiwillige Versuchspersonen ein Experiment durch ihre Gegenwehr eher behindern als unterstützen“ (ebd. S. 24 f.).

(Erhebungsinstrument STHI-S) teil. Eine Nacherhebung war für diese Kontrollgruppe nicht vorgesehen.

Die Teilnehmenden der Kontrollgruppe in der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach erhielten, nachdem sie ihre Bereitschaft zur Teilnahme signalisiert hatten, eine gekürzte Testbatterie zu Beginn und bei Beendigung der Behandlung ausgehändigt.

### 5.5 Inhaltliches Vorgehen

Die Untersuchung wurde in mehreren Versuchsreihen mit jeweils einer Versuchsgruppe durchgeführt. Die Gruppen der AHG (VG 1) und Kliniken Wied (VG 2, VG 3 und VG 4) trafen sich über einen Zeitraum von acht Wochen wöchentlich zu einem vereinbarten Termin. Somit stand jeweils eine Woche bis zum nächsten Gruppentreffen zur Verfügung. Innerhalb dieses Zeitraums hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, das erlernte Wissen zu festigen und verschiedene Übungen (ausführlich siehe Manual im Anhang ab S. 194 ff.) auszuprobieren. Die Gruppen in der Qualifizierten Entzugsbehandlung (VG 5, VG 6, VG 7 und VG 8) trafen sich aufgrund der kürzeren Aufenthaltsdauer abweichend dazu zweimal pro Woche, um die Teilnahme an allen sechs Einheiten gewährleisten zu können. Die Prä- und Postmessungen wurden hier unterstützend vom Sozialdienst durchgeführt.

Beim ersten Treffen zur Beginn der Studie erhielten alle Teilnehmenden eine Testbatterie, bestehend aus den fünf verschiedenen Messinstrumenten (SHS, CHS, BSKE, STHI-S und STHI-T). Zu Beginn und am Ende jeder Einheit wurden die Versuchspersonen hinsichtlich ihrer gegenwärtigen Stimmung befragt (STHI-S). Zum Abschluss des HSP wurde in der letzten Einheit den Probanden die Testbatterie analog zur ersten Einheit vorgelegt. Nach jeweils drei beziehungsweise sechs Monaten wurde eine Nachuntersuchung durchgeführt, um Hinweise auf länger andauernde Wirkungen untersuchen zu können. Dazu wurde den Probanden jeweils die Testbatterie analog zur ersten Einheit vorgelegt.



Der **typische Ablauf** einer Einheit und das **methodische Vorgehen** lassen sich wie folgt beschreiben:

Die Untersuchungsteilnehmer erhielten zu Beginn jeder Sitzung den STHI-S-Erhebungsbogen, um die momentane Stimmung abzufragen.

Daran anschließend wurde die Sitzung mit einem Spiel oder einer Aktion eröffnet, um eine entspannte, gelöste Atmosphäre zu schaffen. Darüber hinaus bestand die Gelegenheit, über das Erlebte in der vergangenen Sitzung zu berichten und zu reflektieren. Ergänzend und als Unterstützung dazu erhielten die Teilnehmenden zu Beginn der Untersuchung ein Humortagebuch. Das Führen dieses Tagebuchs zielt primär darauf ab, die eigenen Gedanken und Erkenntnisse niederzuschreiben, zu sortieren und zu reflektieren. Der jeweilige Fragen- und Übungskatalog umfasst Fragen zum eigenen Humorverhalten (wie war es früher und wie ist es heute) sowie eine Vielzahl praktischer Übungen. Das Humortagebuch ist von ganz besonderer Relevanz, da McGhee davon überzeugt ist, dass auch der Sinn für Humor eine Fähigkeit ist, welche durch regelmäßiges Training und Reflexion gestärkt und verbessert werden kann. Das Humortagebuch ist nach McGhee (1999) das wichtigste Instrument seines 8-stufigen Humor-Trainingprogramms. Denn McGhee postuliert, dass sich eine Stärkung und Verbesserung des Sinns für Humor am ehesten einstellen kann, wenn die Versuchspersonen die Möglichkeit haben, das theoretische Grundwissen auf persönlicher Ebene einzuüben und dieses auch in den (Klinik-)Alltag zu integrieren.

Da es sich hierbei um sehr persönliche Erfahrungen handeln kann, fließen die Eintragungen aus den Humortagebüchern in die Auswertung der Untersuchungen nicht mit ein.

Die Teilnehmenden erhielten pro Trainingseinheit zuerst eine theoretische Einführung in die verschiedenen Aspekte des Humors. Daran anschließend fand innerhalb der Gruppe ein Austausch statt. Darüber hinaus bestand für die Probanden die Möglichkeit, sich in praktischen Beispielen und Übungen auszuprobieren. Zum Ende jeder Einheit bekamen sie Arbeitsblätter mit weiteren Fragen und Übungen, in denen jeweils die spezifischen Aspekte der

Humoreinheit diskutiert werden. Damit erhielten die Teilnehmenden die Gelegenheit, sich in der kommenden Woche weiter mit ihrem Sinn für Humor auseinanderzusetzen und die Gedanken und Erfahrungen in ihrem Humortagebuch niederzuschreiben.

Jede Sitzung endete mit einem Spiel. Zum Abschluss wurde der STHI-S-Erhebungsbogen ausgefüllt, um bei den Rehabilitanden wieder die momentane Stimmung nach der Einheit abzufragen.

Das HSP gliedert sich in mehrere Stufen, deren Reihenfolge einzuhalten ist, da jede Stufe auf den Erkenntnissen der vorhergegangenen Stufe aufbaut. Jede Stufe widmet sich jeweils einem spezifischen Aspekt des Humors:

### **Kurzbeschreibung der Stufen**

Das von McGhee vorliegende 8-stufige Humor-Trainingsprogramm wurde für die Untersuchung im Rahmen der Dissertation modifiziert. Dazu zählte auch die Reduzierung von acht auf sechs Stufen. Dieses Vorgehen begründet sich wie folgt:

**a)** Im Vorfeld zur Untersuchung fanden Gespräche mit den zuständigen therapeutischen Leitungen über die Umsetzung der Untersuchung statt. Hierbei wurde unisono zu bedenken gegeben, dass es eine große Herausforderung darstellen würde, die Teilnehmenden über einen Zeitraum von acht Wochen zu motivieren; zumal die Wahrnehmung des Angebots lediglich außerhalb des regulären Therapieplans möglich war.

**b)** McGhees Manual umfasst eine Vielzahl von Fragestellungen und Übungen. Diese sind im Rahmen der Gruppentreffen sowie als Übungen zu Hause zu bearbeiten.

Bei der Vorstellung der Untersuchung – die mit der Einladung, sich daran zu beteiligen, verbunden war – hatten die Interessierten Gelegenheit, die Arbeitsblätter einzusehen. Aufgrund der Rückmeldungen, dass das „kein Mensch schaffen kann“, erfolgte die inhaltliche Reduzierung.

c) McGhees Manual ist geprägt vom amerikanischen Humor. Eine Vielzahl seiner humorvollen amerikanischen Geschichten und Witze erscheinen der Verfasserin für das suchtttherapeutische Setting unangemessen.

Nachfolgend werden die modifizierten Stufen kurz beschrieben (Ausführung, Anhang S. 188 ff.):



**Abbildung 17 : Stufen des Humor-Sensibilisierungs-Programms (HSP)**

### **Stufe 1: Dem persönlichen Sinn für Humor auf den Grund gehen.**

In der Stufe 1 werden die Teilnehmenden an ihren ganz eigenen Sinn für Humor herangeführt. Sie finden heraus, was sie persönlich erheitert und zum Lachen bringen kann und was nicht. Dabei geht es auch um die Vermittlung individueller Humorverständnisse beim Menschen. Ziel ist es, die Teilnehmenden zu motivieren, sich ihre Humorvorlieben bewusst zu machen, sie zu nutzen und sich mit Dingen zu umgeben, die ihren Humor anregen.

### **Stufe 2: Lernen, sich eine spielerische Einstellung anzueignen.**

Der Schlüssel zu Beginn der Sensibilisierung des eigenen Sinns für Humor ist die Wiederentdeckung einer spielerischen Einstellung. Belastungen entstehen oft aus den vielen täglichen Zankereien und kleineren Problemen. Eine spielerische Haltung in kritischen Situationen kann hilfreich sein, sich aus der Belastung des Moments zu befreien und sich aus einer erleichterten Position heraus den Widrigkeiten des Alltags zu stellen.

### **Stufe 3: Öfter und herzlich lachen.**

Lachen kann bei Menschen einen Schutz gegen Ausbrennen und Erschöpfung sein. Menschen, die einen freien Zugang zum freudigen Gelächter haben, werden flexibler und widerstandsfähiger gegenüber Belastungen. Öfter und herzlich zu lachen ist daher unerlässlich, um Belastungen erfolgreich zu reduzieren und die eigene Flexibilität zu fördern.

### **Stufe 4: Humor im Alltag entdecken.**

Ziel der Stufe 4 ist es, die Teilnehmenden für die humorvollen und heiteren Gelegenheiten in ihrem alltäglichen Leben zu sensibilisieren: z. B. zu Hause, beim Einkauf, auf dem Weg zur Arbeit, bei der Arbeit. Sie werden dazu angeleitet, humorvolle Situationen gerade dort zu entdecken, wo sie sie am wenigsten erwarten. Das bedarf zunächst einige Zeit bewusster Anstrengung, wird aber im Laufe der Zeit zu einer wichtigen Erfahrung und Fähigkeit, Humor inmitten von Stress und Belastung zu finden.

### **Stufe 5: Sich nicht zu ernst nehmen. Über sich selbst lachen.**

Menschen haben wunde Punkte. An diesen Stellen fällt es ihnen schwer, über sich selbst zu lachen. Die Fähigkeit, über die eigenen Fehler und Schwächen zu lachen, gilt als ein Zeichen der Reife und gleichzeitig als eine der größten Herausforderungen, die es zu entwickeln gilt. Ziel der Stufe 5 ist es, sich zugleich wertschätzend und humorvoll den eigenen Missgeschicken und wunden Punkten zu stellen, um auf diese Weise Distanz zu schaffen und weniger streng mit sich selbst zu sein.

### **Stufe 6: Humor inmitten von Stress finden.**

Humor inmitten von Stress und Belastung zu finden, ist die am schwierigsten zu entwickelnde Komponente des persönlichen Sinns für Humor.

Bisher haben die Teilnehmenden die Fähigkeiten entwickelt eher spielerisch zu sein und die Aufmerksamkeit auf die heiteren und komischen Momente des Alltags zu richten. Die Lust am Humor ist wesentlich stärker, sie können bereits besser über sich selbst

lachen. Der Schlüssel zum Erfolg in dieser Stufe besteht darin, die humorvolle Haltung zunächst bei geringen Belastungen zu bewahren – und dann unter auch zunehmend größeren Belastungen. Nun gilt es, alles Erfahrene und Gelernte zu bündeln und den ganz eigenen Sinn für Humor einzusetzen, um belastende Situationen zu bewältigen.

### 5.6 Messinstrumente

Bei der Untersuchung zur Effektivität des HSP zur Stärkung des Sinnes für Humor kamen die Messinstrumente, wie sie Tabelle 6 (S. 120) zeigt, zur Anwendung (vgl auch S. 339 ff.). Sie wurden in die Maske des Programms EvaSys übertragen. EvaSys ist eine Evaluationssoftware im Bildungswesen und bietet zwei Arten der Befragung an: Paper & Pencil-Verfahren sowie Online-Verfahren. Für die vorliegende Untersuchung wurde das Paper & Pencil-Verfahren gewählt.

Dazu wurde für die jeweilige Befragungsphase pro Einrichtung ein individualisiertes Deckblatt mit den jeweiligen Daten zur Erhebung erstellt. Mittels eines Hochleistungsscanners wurden die Erhebungsbogen im Zentrum für Qualitätssicherung der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz spezifisch gescannt. Die erhobenen Daten wurden durch das System nach Statistical Package for the Social Sciences<sup>49</sup> (im weiteren SPSS) exportiert.

---

<sup>49</sup> Die Software IBM SPSS Statistics ist ein modular aufgebautes Programmpaket zur statistischen Analyse von Daten. Das Basismodul ermöglicht das grundlegende Datenmanagement und umfangreiche statistische und grafische Datenanalysen mit den gängigsten statistischen Verfahren. *Lineare Modelle* bieten vielfältige Regressions- und innovative Statistikverfahren für die besonderen Charakteristiken von Daten, die komplexe Beziehungen beschreiben. *Nicht lineare Modelle* ermöglichen es, zukunftsweisende Modelle auf Daten anzuwenden. *Simulationsfunktionen* erlauben es, viele mögliche Ergebnisse zu modellieren, wenn die Eingaben unsicher sind. So werden die Risikoanalyse und die Entscheidungsfindung verbessert. Mit *angepassten Tabellen* können die Benutzer ihre Daten einfacher verstehen und die Ergebnisse schnell und in verschiedenen Stilen für unterschiedliche Zielgruppen zusammenfassen (vgl. IBM, online 2013).

Zweck	Fragebogen	Verfasser	Inhalt
Fragebogen zur Selbstbeobachtung	<b>SHS</b> (Sense of Humor Scale)	McGhee (1996)	Wurde speziell für das 8-stufige-Humor-Trainingsprogramm entwickelt.  Erhebt einen Humorquotienten.  Die einzelnen Komponenten setzen sich aus jeweils 4 Items zusammen.
	<b>STHI-T 60</b> (State-Trait-Heiterkeits-Inventar)	Ruch, Köhler und van Thriel (1996)	Misst Persönlichkeitsmerkmale „Heiterkeit“ (H), „Ernsthaftigkeit“ (E) und „Schlechte Laune“ (SL) und deren definierende Komponenten.  Wird neben der SHS zur Überprüfung des Sinnes für Humor benutzt, da die erfassten Dimensionen in engem Zusammenhang mit einer großen Bandbreite von humorspezifischem Verhalten gesehen werden.
	<b>CHS</b> (Coping Humor Scale)	Martin & Lefcourt (1983)	Setzt sich mit dem Persönlichkeitsmerkmal „Sinn für Humor“ als Bewältigungsstrategie auseinander.
	<b>BSKE 30</b> (Befindlichkeits-skalierung)	Janke, Erdmann und Hüppe (1999)	Erfasst die allgemeine Befindlichkeit eines Menschen. Die in der Skala erfassten Befindlichkeiten lassen sich in die Ebenen „positives und negatives Befinden“ einordnen. Die BSKE<30> wurde, basierend auf den Adjektiven der Eigenschaftswörterliste (EWL) von Janke & Debus (1978) erstellt und weist gute Messeigenschaften bei der Erfassung von Verbindlichkeitsverläufen auf.
Fragebogen zur Stimmungserfassung	<b>STHI-S 30</b>	Ruch, van Thriel & Köhler (1995)	Misst die Zustands-Dimension „Heiterkeit“, „Ernsthaftigkeit“ und „Schlechte Laune“. Jede Dimension umfasst zehn Items. In der Untersuchung sollen drei unterschiedliche Zeitspannen erfasst werden: die augenblickliche Stimmung, die überwiegend vorherrschende Stimmung der letzten Woche und die überwiegend vorherrschende Stimmung des letzten Monats.

**Tabelle 5: Übersicht der eingesetzten Messinstrumente**

### Exkurs 5: Zur Messung und Quantifizierung von Persönlichkeitsmerkmalen

„Jeder Mensch ist in gewisser Hinsicht wie jeder andere, wie mancher andere und wie kein anderer“ (Kluckhohn & Murray 1950, S. 190).

Das Zitat lässt ahnen, wie wir die verschiedenen Menschenbilder und Persönlichkeitsmerkmale in uns tragen, denen wir uns abwechselnd mehr oder weniger verschreiben. Es dient hier der „Legitimierung“ der Messung

und der damit indirekt verbundenen Quantifizierung von Persönlichkeitsmerkmalen, hier insbesondere des Konstrukts „Sinn für Humor“.

Gittler und Arendasy (2007) stellen fest, dass Menschen die Messbarkeit der individuellen Qualitäten bejahen, indem sie z.B. ein relativ feines Gespür dafür zeigen, ob sie leistungsadäquat bezahlt oder ihrem Ansehen entsprechend behandelt werden. Umgekehrt lehnen Menschen die Messbarkeit ab, da ein sie betreffendes Testergebnis ihnen in keiner Weise gerecht werde, weil der Test die Einzigartigkeit ihrer Individualität nicht berücksichtige. Diese Kritik am Gemessen werden und Gemessen werden können wird gestützt von Gould (1981).<sup>50</sup> Dennoch konstatieren Gittler und Arendasy (2007): „Trotz eventueller Vorbehalte und Zweifel können wir uns dem ‚Gemessenwerden‘ nicht entziehen“ (S.105). Bereits 1977 wird für Hofstätter hier ein generelles Problem sichtbar: Sobald über individuelle psychische Unterschiede sprachlich kommuniziert werden soll, auch wenn es sich nicht um Resultate einer Fremd-, sondern der Selbstbeurteilung handelt, tritt bereits eine kategorialen Verallgemeinerung bzw. Vergröberung in Kraft (vgl. ebd., S. 104f.). So blieben die Aussagen *ich bin humorvoll* oder *ich bin heiter* „unverständlich und daher sinnlos, wenn es auch nicht andere Bezugsobjekte für“ (ebd., S. 104) die Wörter *humorvoll* oder *heiter* gäbe. „Bei der kommunizierten Selbstzuschreibung dieses Attributs sehen wir uns zwar meist als nicht ganz gleichartig mit diesen Bezugsobjekten (Menschen) an, weil wir verschiedenen Assoziationen zum Wort“ (ebd.) *humorvoll* „haben, aber doch als ungefähr gleichartig und akzeptieren damit eine gewisse Vergleichbarkeit bzw. Messbarkeit“ (ebd., S. 104f.).

Hofstätter (1977) zufolge bejahen „alle uns bekannten Gesellschaftsformen die Frage nach der Messbarkeit des Menschen“

---

<sup>50</sup> Gould (1981) greift in seinem Buch „The Mismeasure of Man“ kritisch die Herangehensweise verschiedener Intelligenzforscher auf. Nach Gould sei der Fehler der vorurteilsgeladenen Forschungsmethode nicht unbedingt nur ein wissenschaftshistorisches Phänomen: Vielmehr würden auch bei heutigen Theorien zur Erklärung der Intelligenz unliebsame Daten unter Verweis auf testdesign, Testsituation, Auswahl der Testpersonen etc. wegerklärt werden. Im weiteren würden die zum eigenen Vorurteil passenden Daten nicht angemessen hinterfragt. Dennoch lenkt Gould in seinem Buch ein, dass sich die Forscher nicht bewusst zu einer Fälschung entschlossen haben. Es sei eher davon auszugehen, dass sie sich von ihren Vorurteilen haben leiten lassen.

(Gittler & Arendasy 2007, S. 105). Er bezieht sich auf die Ethnologie<sup>51</sup>. Der einzelne Mensch lebe im Rollensystem einer Gruppe, die von ihm mehr oder minder genau spezifizierte Leistungen erwarte. Das Wohlergehen der Gruppe hänge in gewisser Weise von der Erfüllung dieser Leistungen ab, denn eine ungeeignet besetzte Rolle könne wegen ihrer Verflechtung mit anderen Rollen auch deren Gang in Unordnung bringen. Grundsätzlich kenne jede Gruppe sowohl anspruchsvollere Rollen, die daher schwieriger zu besetzen seien, als auch solche, die nur geringe Voraussetzungen an den Rolleninhaber stellen würden. Unter diesem Gesichtspunkt würden alle Sozialsysteme die Frage nach der Messbarkeit des Menschen positiv beantworten (vgl. ebd.).

Lässt man sich auf die Messbarkeit und damit auch auf die Quantifizierung von Persönlichkeitsmerkmalen ein, bedarf es entsprechender Kenngrößen, zur Messbarkeit von Kenngrößen bedarf es wiederum Indikatoren. Für den Begriff Indikator lassen sich eine Reihe, teils konkurrierende, zumindest aber unterschiedliche Aspekte betonende, Definitionen finden (vgl. Meyer 2004, S. 5). Ganz allgemein wird unter einem Indikator ein Anzeiger verstanden (vgl. Häder 2014, S. 176). Sie gelten „vor allem dann hilfreich und erforderlich, wenn es sich beim Indikatium um einen Sachverhalt handelt, der selbst nicht direkt beobachtbar ist, wie etwa die Temperatur. (...) Zahlreiche sozialwissenschaftlich interessante Sachverhalte lassen sich zudem nicht über eine einzelne Frage ermitteln, sondern machen es erforderlich, eine ganze Reihe an Informationen zu ermitteln. (...) Wichtig ist nun, solche Indikatoren einzusetzen, die in einem theoretisch begründeten, möglichst engen Verhältnis zur sozialen Stellung stehen bzw. auf diese gut zu verweisen mögen“ (Häder 2014, S. 177). Zur Bestimmung „sozialer Indikatoren“ grenzt Glatzer (2014) das Verständnis ein und bezieht es ausschließlich auf „statistische Maßzahlen, die gesellschaftlich bzw.

---

<sup>51</sup> Ethnographie hat ihre Ursprünge in der westlichen Anthropologie des 19. Jahrhunderts. Unter dem Begriff der Ethnologie verstand man damals eine Beschreibung eines Stammes, einer Kultur oder einer „Community“ meist außerhalb der westlichen Welt. Heute kann die Ethnographie nicht nur als Beschreibung fremder, sondern auch als die der eigenen Kultur verstanden werden. Dementsprechend wird der Forscherblick nach innen gerichtet; die Feldbeschreibung wird zur „gesellschaftlichen Selbstbeobachtung“ (Lüders 2000, S. 390).



gesellschaftspolitisch relevante Sachverhalte und Ziele quantitativ darstellen“ (Glatzer 2014, S. 177). Mayer geht davon aus, dass diese Auffassung sicherlich nicht allgemein geteilt werde. Er weist darauf hin, dass insbesondere im Evaluationskontext auch „qualitative“ Indikatoren möglich und sinnvoll einsetzbar seien (vgl. Meyer 2004, S. 5).

Indikatoren können also verstanden werden als „Kenngrößen, die zur Abbildung eines bestimmten, nicht messbaren und oftmals komplexen Sachverhalts herangezogen werden. Sie beschreiben, woran das Eintreten einer geplanten Veränderung beobachtet oder gemessen werden kann. Sie können quantitativ oder qualitativ sein. Um die Erreichung eines Ziels mithilfe eines Indikators bewerten zu können, benötigt man Indikatorwerte. Diese definieren den Erwartungshorizont, bei dessen Eintreten das Ziel als erreicht gelten soll“ (Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit 2003, S. 119). Meyer fasst das Verständnis von Indikatoren wie folgt zusammen: Indikatoren dienen der „Klassifizierung von Merkmalen anhand eines Ordnungsprinzips. Sowohl dieses Ordnungsprinzip als auch die Art und Zahl der verwendeten Klassen sind Ergebnis menschlicher Entscheidungen“ (Meyer 2004, S. 12 ff.). Darüber hinaus fungieren Indikatoren als „Vergleichsinstrumente, die Unterschiede oder Gemeinsamkeiten verschiedener ‚Objekte‘ auf einem Vergleichsmaßstab mit mindestens zwei verschiedenen Ausprägungen anzeigen“ (ebd., S. 13). Diese „Gemeinsamkeiten oder Unterschiede von ‚Objekten‘ auf einer Vergleichsdimension werden von Indikatoren in Abhängigkeit von dem gewählten Aggregationsniveau sowie dem Differenzierungsgrad des Vergleichsmaßstabs künstlich hergestellt. Es gibt kein allgemeingültiges ‚natürliches‘ Kriterium zur Klassifikation“ (ebd., S. 14).

Meyer (2004) beschreibt weiter, dass die Anforderungen, die an Indikatoren gestellt würden, genauso einfach zu beschreiben wie schwer zu erfüllen seien: „Indikatoren sollen letztlich Dinge messen, die wir für unmessbar halten. Wir wollen uns stattdessen dafür entscheiden, gemessene Dinge an Stelle des Unmessbaren zu verwenden – wobei wir

mehr oder weniger begründet annehmen, dass zwischen dem Gemessenen und dem Unmessbaren ein wesentlicher und konstanter Zusammenhang besteht. In der Regel haben wir nur wenige Möglichkeiten, diese Annahme zu überprüfen, da wir das Unmessbare nun einmal nicht messen können. Die einzige Chance zum Testen dieser operationalen Definition besteht in der Konstruktion alternativer Indikatoren und einem Vergleich derer Werte miteinander (...). Indikatoren messen somit immer künstliche Konstrukte, niemals Realität. Sie operationalisieren theoretische Überlegungen und stellen damit selbst theoretische Konstrukte dar. Die Beurteilung der Qualität eines Indikators bleibt somit immer hypothetisch, da das eigentliche Konstrukt niemals direkt gemessen werden kann und dadurch eine empirische Überprüfung unserer operationalen Annahmen unmöglich ist<sup>52</sup> (Meyer 2004, S. 27).

Darüber hinaus merkt Mayer kritisch an, dass es in der Praxis in den seltensten Fällen möglich sei, die hohen methodischen Ansprüche an eine korrekte Messung von Indikatoren bestmöglich zu erfüllen: „Neben den technischen Restriktionen, die eine perfekte Messung bereits unter optimalen Randbedingungen zu Messfehlern führen, ergeben sich mehr oder weniger starke Effekte auf die Messqualität, die aus dem sozialen Umfeld der Messung resultieren. Zu unterscheiden ist dabei zwischen sozialen Effekten, die sich aus der: Akzeptanz der Messung, Durchführung der Messung und der Kontrollmöglichkeit von Störfaktoren ergeben. Akzeptanzprobleme können an unterschiedlicher Stelle bei verschiedenen sozialen Gruppen auftreten und in mehr oder weniger erheblichem Maße die Messqualität beeinflussen. So können z.B. Auftraggeber das verwendete Messverfahren als unzureichend ablehnen oder die

---

<sup>52</sup> Daraus folgt allerdings nicht, dass jeder Indikator fiktiv und beliebig austauschbar ist. Genauso, wie es einer logisch begründeten Annahme bedarf, warum ein bestimmter Indikator das angestrebte Konstrukt messen soll, müssen zur Kritik eines Indikators auch plausible Annahmen gemacht werden, warum ein anderer Indikator besser geeignet sein soll als der bisher verwendete. Darüber hinaus ist es notwendig, Entscheidungsregeln festzulegen, anhand derer die Messqualität konkurrierender Indikatoren evaluiert werden sollen. Dementsprechend ist der Prozess der Indikatorenkonstruktion und –prüfung sowohl theoretisch als auch empirisch ein sehr anspruchsvolles Vorgehen. Indikatoren müssen also gleichzeitig theoretischen, methodischen, praktischen und politischen Anforderungen genügen. Die Entwicklung guter Indikatoren ist deshalb nicht durch eine Person allein zu bewerkstelligen, sondern erfordert die Beteiligung von Fachexperten, Praktikern und Stakeholdern. An die Messqualität eines Indikators sind zwei methodische Anforderungen zu stellen, die zumindest ansatzweise auch mathematisch zu überprüfen sind. Dementsprechend sollte ein Indikator a) das messen, was er vorgibt zu messen (Validität oder Gültigkeit der Messung) und b) bei wiederholten Messungen unter exakt gleichen Bedingungen die gleichen Ergebnisse produzieren (Reliabilität oder Zuverlässigkeit der Messung).

Zielgruppe eine Datenerhebung boykottieren, weil sie keinen Nutzen für sich erkennen. (...) Schließlich lassen sich in bestimmten sozialen Kontexten ein Teil der gegebenen Randbedingungen der Messung nur unzureichend kontrollieren. (...) Aufgrund dieser Probleme werden an Indikatoren nicht nur hohe theoretische und methodische Anforderungen gestellt, sondern auch zusätzlich pragmatische Ansprüche, die sich auf die erfolgreiche Umsetzung des sozialen Prozesses einer Messung beziehen“ (Meyer 2004, S. 29 f.). Nicht zuletzt stelle sich die Frage, so Meyer (2004), nach der „politischen Korrektheit“ eines Indikators, d.h. inwieweit die Messergebnisse als Entscheidungsgrundlage akzeptiert würden, die Bereitschaft zur Beteiligung an der Datenerhebung gegeben sei und die Interpretation mit Bezug auf das theoretische Konstrukt anerkannt werde. Aus dieser politischen Sichtweise ergebe sich eine Bewertung der Indikatorqualität hinsichtlich der Güte der Anerkennung, für die wiederum Toleranzgrenzen für die Beteiligtegruppen zu definieren seien. „Nur ein Indikator, der gleichzeitig diese vier Ansprüche erfüllt, kann eine entscheidungsrelevante Datenbasis liefern. Je besser sich ein Indikator theoretisch begründen und operationalisieren lässt, umso besser kann er das gewünschte nicht messbare Konstrukt abbilden. Je höher seine Messqualität, umso genauer wird diese Abbildung sein. Je einfacher die mit seiner Messung verbundenen Anforderungen im gegebenen sozialen Umfeld umsetzbar sind, umso eher wird diese Abbildung auch zu erstellen sein. Und schließlich: je größer die Überzeugung der am Entscheidungs- und am Messprozess beteiligten Personen ist, dass dieser Indikator entscheidungsrelevante Informationen bieten kann, umso eher werden seine Ergebnisse auch in die tatsächlichen Entscheidungsprozesse einfließen“ (Meyer 2004, S. 31). Dieser letzte Punkt verdeutliche, dass die Entwicklung von Indikatoren nicht nur eine rein technische Prozedur sei, sondern auch ein sozialer Prozess, der verschiedene Expertise, Erfahrungen und Auffassungen für eine erfolgreiche Erstellung „guter“ Indikatoren mit einbinden müsse (vgl. ebd.).

Trotz all der aufgeführten Herausforderungen und Grenzen, die sich ganz allgemein auf die Messung von Persönlichkeitsmerkmalen beziehen,

bejahen Menschen diese und grundsätzlich die Zuordnung zu Persönlichkeitsmerkmalen und damit auch indirekt deren Quantifizierung.

Die Autorin erkennt die Diskrepanz zwischen der beschriebenen Phänomenalität des Humors einerseits und der Verallgemeinerung des Konstrukts Humor als Persönlichkeitseigenschaft andererseits sowie dessen Messbarkeit. Die Untersuchung des Konstrukts Humor als Persönlichkeitseigenschaft ist jedoch nicht Gegenstand dieser Arbeit. Die dazu vorliegenden Studien und Annahmen liegen als künstliches Konstrukt zur Orientierung dieser Arbeit zu Grunde.

### 5.7 Auswertungsmethodik

Die exportierten Daten wurden zunächst in einer gesonderten SPSS-Datenbank zusammengeführt. Nach Festlegung des Signifikant-Niveaus und Überprüfung der Mittelwerte auf Normalverteilung wurden die Veränderungen resp. die Signifikanzen ausgewertet. Dazu wurde die SPSS Version 20 verwendet.

Das Signifikant-Niveau wurde aufgrund der kleinen Stichprobe auf  $p \leq 0,05$ , also auf 5 % zweiseitig festgelegt. Zum Einsatz kommt der Mittelwertdifferenzentest für gepaarte Stichproben (sofern die Ausgangsvariablen tendenziell normal verteilt sind) bzw. der Wilcoxon-Median-Differenzentest (sofern die Ausgangsvariablen nicht normalverteilt sind).

Zur Überprüfung und Absicherung der Auswertungsmethodik sowie der Auswertungsergebnisse wurde Herr Prof. Dr. Werner Voß vom Institut für Deutschlandforschung der Ruhr-Universität Bochum hinzugezogen.

### 5.8 Einschränkungen

Es ist der Verfasserin bewusst, dass die vorliegende Arbeit über Einschränkungen verfügt. Vor allem ist auf die Stichprobengröße hinzuweisen sowie auf die Tatsache, dass keine auswertbaren Daten für die Kontrollgruppe erhoben werden konnten. Diese Einschränkungen zeigten sich im

fortgeschrittenen Forschungsprozess und wurden von der Verfasserin als Einschränkungen hingenommen.

In dieser Dissertation wird die Antwort auf die zentrale Fragestellung gegeben, nämlich

***ob Humor und heitere Gelassenheit in einem suchttherapeutischen Setting eine wirkungsvolle und damit angezeigte Interventionsform bei Menschen mit einer Suchterkrankung darstellen, d. h. eine Stärkung des Sinnes für Humor als Bewältigungsstrategie durch entsprechende Interventionen (Humor-Sensibilisierungs-Programm) erreicht werden kann.***

Es wird aber auch die im Forschungsprozess entstandene Fragestellung aufgegriffen, inwiefern ein randomisiert-kontrolliertes Vorgehen<sup>53</sup> in der Suchtforschung, die ja die Wirksamkeit von Interventionen zum Gegenstand hat, operationalisierbar ist.

---

<sup>53</sup> In Konkurrenz zu quantitativ randomisiert-kontrolliertem Vorgehen stehen qualitative Forschungsmethoden. Die Verwendung quantitativer Methoden erscheint für die meisten sozialwissenschaftlichen Gegenstandsbereiche angemessener. Kritiker werfen qualitativen Sozialforschern zuweilen Unwissenschaftlichkeit vor: Zum einen kritisieren sie die Subjektivität und Willkürlichkeit der erhobenen Daten (die ja nicht mit einem einheitlichen standardisierten Schema erhoben werden) und der darauf aufbauenden Analyseergebnisse und Interpretationen. Zum anderen wird kritisiert, dass qualitative Sozialforschung (wegen des großen Aufwands, den bspw. die Durchführung qualitativer Interviews und deren interpretativer Analyse bedeutet) nur mit sehr kleinen Fallzahlen arbeite und deshalb keine repräsentativen Ergebnisse erbringen könne. Insgesamt würden die Gütekriterien und Qualitätsstandards empirischer Sozialforschung wie Objektivität, Reliabilität und Validität nicht erfüllt. Vertreter der qualitativen Forschungstradition machen demgegenüber geltend, dass ein Verzicht der Sozialwissenschaften auf qualitative, hermeneutische Methoden dazu führen würde, dass wesentliche soziale Phänomene nicht mehr untersucht werden könnten, weil sie sich standardisierten Methoden wie Fragebögen oder der Analyse demografischer Daten entzögen (vgl. Cicourel 1974, S. 15 ff., S. 28 ff.). Um dem Vorwurf zu begegnen, qualitative Methoden würden nur subjektive oder willkürliche Ergebnisse erbringen, ist eine Reihe von methodisch kontrollierten Verfahren qualitativer Sozialforschung entwickelt worden, wie etwa die Grounded Theory, die hermeneutische Wissenssoziologie, die objektive Hermeneutik, die qualitative Inhaltsanalyse, die dokumentarische Methode nach Bohnsack oder die qualitative Typenbildung, die alle den Anspruch vertreten, dokumentier- und intersubjektiv diskutierbare Verfahren zur Verfügung zu stellen. Gleichzeitig werden in den letzten Jahren verstärkt die Qualitätskriterien und Gütestandards qualitativer Forschung diskutiert (vgl. Steinke 1999, S. 9 ff).

## 6. Untersuchungsergebnisse



„Humor ist die Fähigkeit, heiter zu bleiben, wenn es ernst wird.“

Ernst Penzoldt (1892–1955), deutscher Schriftsteller

Die Basis für die Interpretation der Berechnungsergebnisse bilden die statistisch signifikanten Befunde.

Wegen der kleinen Fallzahlen wird ein Signifikanzniveau von 20% zweiseitig verwendet. Zum Einsatz kommt der Mittelwertdifferenzentest für gepaarte Stichproben (sofern die Ausgangsvariablen tendenziell normal verteilt sind) bzw. der Wilcoxon-Median Differenzentest (sofern die Ausgangsvariablen nicht normal verteilt sind) (vgl. Tiede & Voß 2000, S. 239 ff.).

Aufgrund der geringen auswertbaren Fallzahlen entstand die Überlegung, ein Verfahren einzusetzen, um die fehlenden Werte zu ersetzen. Dies ist jedoch nur dann empfehlenswert, wenn es sich nicht um so viele handelt, wie im vorliegenden Datenbestand, denn andernfalls täuscht man gewissermaßen Informationen vor, die man eigentlich nicht hat. Darüber hinaus stellt gerade bei verbundenen Stichproben, wie sie hier vorliegen, das „Drop-out“ eine wertvolle Information dar; sie würde verloren gehen, wenn man die Missings – z. B. über multiple Imputation – ersetzen würde (vgl. IBM 2011, S. 17 f.).

Für die altersspezifischen Auswertungen wurden zwei Altersklassen gebildet: Klasse 1 („Jüngere“: Geburtsjahr > 1968) und Klasse 2 („Ältere“: Geburtsjahr < 1969; Median = 1968).

Die Einrichtungen sind wie folgt zu differenzieren:

- VG 1: AHG ambulante Nachsorge
- VG 2: Kliniken Wied, med. Rehabilitation, Gr. 1
- VG 3: Kliniken Wied, med. Rehabilitation, Gr. 2
- VG 4: Kliniken Wied, med. Rehabilitation, Gr. 3
- VG 5: Rhein-Mosel-Fachklinik, Qualifizierter Entzug, Gr. 1
- VG 6: Rhein-Mosel-Fachklinik, Qualifizierter Entzug, Gr. 2
- VG 7: Rhein-Mosel-Fachklinik, Qualifizierter Entzug, Gr. 3
- VG 8: Rhein-Mosel-Fachklinik, Qualifizierter Entzug, Gr. 4

Insgesamt nahmen 90 Personen aus den verschiedenen Einrichtungen der Suchthilfe an der Untersuchung teil.

Sie verteilen sich wie folgt:

Einrichtung	TN gesamt	W	M	Geschlecht k.A.	bis 1968	ab 1969	Alter k.A.
AHG	4	3	1		4	0	
Kliniken Wied	33	14	18		21	11	
Rhein-Mosel- Fachklinik	53	12	41		21	29	
<b>gesamt</b>	<b>90</b>	<b>29</b>	<b>60</b>	<b>1</b>	<b>46</b>	<b>40</b>	<b>4</b>

**Tabelle 6: Verteilung der Probanden**

Es wurden 707 gepaarte Stichproben ausgewertet, davon 470 Paarvergleiche zum Teil getrennt nach Geschlecht und Alter, 126 Paarvergleiche für die Einrichtungen und 111 Paarvergleiche über die einzelnen Einheiten in den verschiedenen Einrichtungen (tabellarische Darstellung der Ergebnisse siehe Anhang, S. 316 ff.).

### Hypothese 1

**Wenn das Trainingsprogramm absolviert wird, dann zeigt sich eine positive Veränderung im Sinn für Humor.**

Die Durchschnittswerte Humorquotient bei Ende der Untersuchung (HQTe), Humorquotient bei Nacherhebung nach drei Monaten (HQTN1) und Humorquotient bei Nacherhebung nach sechs Monaten (HQTN2) liegen signifikant höher als der Durchschnittswert des Humorquotienten bei Beginn der Untersuchung (HQT) (die anderen HQT-Vergleiche führen zu keinen signifikanten Mittelwertunterschieden). Der deutlichste Unterschied ergibt sich beim Vergleich des Humorquotienten bei Beginn der Untersuchung (HQT) mit dem Humorquotienten bei der Nacherhebung nach drei Monaten (HQTN1) (vgl. Tabelle 7).

In geschlechtsspezifischer Betrachtung (vgl. Tabelle 8) zeigen weibliche Versuchspersonen keine signifikanten Unterschiede, wohl aber Männer, und zwar Anstiege der Durchschnittswerte beim Übergang von:

- Humorquotient bei Beginn der Untersuchung (HQT) zu Humorquotient bei Ende der Untersuchung (HQTe),
- Humorquotient bei Beginn der Untersuchung (HQT) zu Humorquotient bei Nacherhebung nach sechs Monaten (HQTN2) und
- Humorquotient bei Nacherhebung nach drei Monaten (HQTN1) zu Humorquotient bei Nacherhebung nach sechs Monaten (HQTN2).

In altersspezifischer Betrachtung (vgl. Tabelle 9) zeigt sich bei den Jüngeren ein Anstieg der Durchschnittswerte beim Übergang von:

- Humorquotient bei Beginn der Untersuchung (HQT) zu Humorquotient bei Ende der Untersuchung (HQTe);

bei den Älteren beim Übergang von:

- Humorquotient bei Beginn der Untersuchung (HQT) zu Humorquotient bei Nacherhebung nach drei Monaten (HQTN1),



- Humorquotient bei Beginn der Untersuchung (HQT) zu Humorquotient bei Nacherhebung nach sechs Monaten (HQTN2) und
- beim Übergang von Humorquotient bei Ende der Untersuchung (HQTe) zu Humorquotient bei Nacherhebung nach drei Monaten (HQTN1).

Blickt man auf die Einrichtungen, so zeigen sich keine signifikanten Änderungen der Durchschnittswerte – insbesondere wohl wegen der kleinen Fallzahlen.

**Es ergeben sich zusammenfassend also Anstiege der Humorquotient-Werte (HQT) – insbesondere bei Männern. Bei den Älteren sind vor allem längerfristige Anstiege zu beobachten. Einrichtungsspezifisch unterschiedliche Veränderungen treten nicht auf.**

**Zusätzliche Auswertungen zur Hypothese 1: Wenn das Trainingsprogramm absolviert wird, dann zeigt sich eine positive Veränderung im Sinn für Humor.**

Das Messinstrument STHI-T <60> zielt darauf ab, längerfristige Veränderungen (im Sinne einer Persönlichkeitseigenschaft, „trait“) in der Erheiterbarkeit vertreten durch die Variablen Heiterkeit, Ernst und Schlechte Laune abzubilden. Dazu werden nachfolgend die Veränderungen des HQT mit den Veränderungen der Persönlichkeitsvariablen Heiterkeit, Ernst und Schlechte Laune verglichen.

*Vergleiche Humorquotient (HQT) mit dem Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit (heitert) im Verlauf der Untersuchung<sup>54</sup> (vgl. Tabelle 10):*

Signifikante Unterschiede der Mittelwerte zeigen sich im Vergleich von:

- Humorquotient bei Beginn der Untersuchung (HQT) mit Humorquotient bei Ende der Untersuchung (HQTe)
- Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit bei Beginn der Untersuchung (heitert) mit Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit bei Ende der Untersuchung (heiterte)

---

<sup>54</sup> Die Durchschnittswerte der Variablen des Humorquotienten (HQT) und des Persönlichkeitsmerkmal heiter (heitert) Variablen können nicht direkt miteinander verglichen werden, da sie unterschiedliche Wertebereiche abdecken.

- Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit bei Ende der Untersuchung (heiterte) mit Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit bei Nacherhebung nach drei Monaten (heitertN1)
- Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit bei Beginn der Untersuchung (heitert) mit Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (heitertN2)
- Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit bei Ende der Untersuchung (heiterte) mit Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (heitertN2).

Es ist festzustellen, dass der Anstieg des HQT-Wertes mit dem Anstieg des Trait-Wertes für das Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit korreliert.

*Vergleich von Humorquotient (HQT) mit dem Persönlichkeitsmerkmal Ernsthaftigkeit (ernstt) im Verlauf der Untersuchung<sup>55</sup> (vgl. Tabelle 11):*

Signifikante Unterschiede der Mittelwerte zeigen sich im Vergleich von:

- Humorquotient bei Beginn der Untersuchung (HQT) mit Humorquotient bei Ende der Untersuchung (HQTe)
- Persönlichkeitsmerkmal Ernsthaftigkeit bei Beginn der Untersuchung (ernstt) mit Persönlichkeitsmerkmal Ernsthaftigkeit bei Ende der Untersuchung (ernstte).

Es ist festzustellen, dass der Anstieg des HQT-Wertes mit dem Rückgang des Trait-Wertes für das Persönlichkeitsmerkmal Ernsthaftigkeit korreliert.

*Vergleich von Humorquotient (HQT) mit dem Persönlichkeitsmerkmal Schlechte Laune (schlechtelaunet) im Verlauf der Untersuchung<sup>56</sup> (vgl. Tabelle 12):*

---

<sup>55</sup> Die Durchschnittswerte der Variablen des Humorquotienten (HQT) und des Persönlichkeitsmerkmals ernst (ernstt) können nicht direkt miteinander verglichen werden, da sie unterschiedliche Wertebereiche abdecken.

<sup>56</sup> Die Durchschnittswerte der Variablen des Humorquotienten (HQT) und des Persönlichkeitsmerkmals Schlechte Laune (schlechtelaunet) können nicht direkt miteinander verglichen werden, da sie unterschiedliche Wertebereiche abdecken.

Signifikante Unterschiede der Mittelwerte zeigen sich im Vergleich von:

- Humorquotient bei Beginn der Untersuchung (HQT) mit Humorquotient bei Ende der Untersuchung (HQTe)
- Persönlichkeitsmerkmal Schlechte Laune bei Beginn der Untersuchung (schlechtelaunet) mit Persönlichkeitsmerkmal Schlechte Laune bei Ende der Untersuchung (schlechtelaunete)
- Persönlichkeitsmerkmal Schlechte Laune bei Beginn der Untersuchung (schlechtelaunet) mit Persönlichkeitsmerkmal Schlechte Laune bei Nacherhebung nach drei Monaten (schlechtelaunetN1).

Es ist festzustellen, dass der Anstieg des HQT-Wertes mit dem Rückgang des Trait-Wertes für das Persönlichkeitsmerkmal Schlechte Laune korreliert.

Der HQT-Wert, der sich aus sieben Einzelvariablen zusammensetzt, entwickelt sich im Verlauf des Untersuchungsprozesses ansteigend. Diese Einzelvariablen werden nachfolgend dargestellt und auf signifikante Veränderungen hin betrachtet:

### ***Variable Freude am Humor (humor):***

**Signifikanter Anstieg** des Durchschnittswertes, und zwar beim Vergleich von:

- Freude am Humor bei Beginn der Erhebung (humor) und Freude am Humor bei Nacherhebung nach drei Monaten (humorN1) (vgl. Tabelle 13).

### ***Variable Ernsthaftigkeit und Negative Stimmung (ernsts):***

**Signifikante Rückgänge** der Durchschnittswerte beim Vergleich von

- *Ernsthaftigkeit und Negative Stimmung bei Beginn der Untersuchung* (ernsts) mit *Ernsthaftigkeit und Negative Stimmung bei Nacherhebung nach drei Monaten* (ernstsN1)

- *Ernsthaftigkeit und Negative Stimmung bei Beginn der Untersuchung* (ernsts) mit *Ernsthaftigkeit und Negative Stimmung bei Nacherhebung nach sechs Monaten* (ernstsN2)
- *Ernsthaftigkeit und Negative Stimmung bei Ende der Untersuchung* (ernstse) mit *Ernsthaftigkeit und Negative Stimmung bei Nacherhebung nach drei Monaten* (ernstsN1) (vgl. Tabelle 14).

### **Variable Scherzhaftigkeit und Positive Stimmung (scherz):**

**Signifikanter Rückgang** des Durchschnittswerts beim Vergleich von:

- *Scherzhaftigkeit und Positive Stimmung bei Beginn der Untersuchung* (scherz) mit *Scherzhaftigkeit und Positive Stimmung bei Ende der Untersuchung* (scherze) (vgl. Tabelle 15).

**Signifikante Anstiege** der Durchschnittswerte liegen hingegen vor beim Vergleich von:

- *Scherzhaftigkeit und Positive Stimmung bei Ende der Untersuchung* (scherze) mit *Scherzhaftigkeit und Positive Stimmung bei Nacherhebung nach drei Monaten* (scherzN1)
- *Scherzhaftigkeit und Positive Stimmung bei Ende der Untersuchung* (scherze) mit *Scherzhaftigkeit und Positive Stimmung bei Nacherhebung nach sechs Monaten* (scherzN2) (vgl. Tabelle 16).

### **Variable Lachen (lachen):**

**Signifikante Anstiege** der Durchschnittswerte beim Vergleich von:

- *Lachen bei Beginn der Untersuchung* (lachen) mit *Lachen bei Ende der Untersuchung* mit (lachene)
- *Lachen bei Beginn der Untersuchung* (lachen) mit *Lachen bei Nacherhebung nach drei Monaten* (lachenN1) (vgl. Tabelle 17).

**Variable Entdecken von Humor im Alltag (alltag):**

**Signifikanter Anstieg** des Durchschnittswerts beim Vergleich von:

- Entdecken von Humor im Alltag bei Beginn der Untersuchung (alltag) mit Entdecken von Humor im Alltag bei Nacherhebung nach drei Monaten (alltagN1) (vgl. Tabelle 18).

**Variable Über sich selbst lachen (selbst):**

**Signifikanter Anstieg** des Durchschnittswerts beim Vergleich von:

- Über sich selbst lachen bei Beginn der Untersuchung (selbst) mit Über sich selbst lachen bei Ende der Untersuchung (selbste) (vgl. Tabelle 19).

**Variable Humor unter Stress (stress):**

**Signifikante Anstiege** der Durchschnittswerte beim Vergleich von:

- Humor unter Stress bei Beginn der Untersuchung (stress) mit Humor unter Stress bei Ende der Untersuchung (stresse)
- Humor unter Stress bei Beginn der Untersuchung (stress) mit Humor unter Stress bei Nacherhebung nach drei Monaten (stressN1)
- Humor unter Stress bei Beginn der Untersuchung (stress) mit Humor unter Stress bei Nacherhebung nach sechs Monaten (stressN2)
- Humor unter Stress bei Nacherhebung nach drei Monaten (stressN1) mit Humor unter Stress bei Nacherhebung nach sechs Monaten (stressN2) (vgl. Tabelle 20).

**Zusammenfassend zeigen sich eine Reihe signifikanter Veränderungen, die darauf schließen lassen, dass im Zeitverlauf positive Wirkungen zu verzeichnen sind. Dies gilt insbesondere für die Variablen Ernsthaftigkeit und Negative Stimmung (ernsts) und Humor unter Stress (stress).**

**Zusammenfassung Hypothese 1:** Wenn das Trainingsprogramm absolviert wird, dann zeigt sich eine positive Veränderung im Sinn für Humor.

Zu beobachten sind Anstiege der Humorquotient-Werte (HQT), was bedeutet, dass im Zeitablauf (also über die Einheiten hinweg) diese Werte signifikant ansteigen. Dies gilt insbesondere auch für die Einzelvariablen Ernsthaftigkeit und Negative Stimmung (ernsts) und Humor unter Stress (stress).

**Hypothese 2**

Wenn das Trainingsprogramm absolviert wird, dann zeigt sich eine positive Veränderung im Sinn für Humor als Stressbewältigungsstrategie.

Bei der Variablen Coping Humor Scale (CHS) zeigen sich die folgenden **signifikanten Anstiege** der durchschnittlichen Werte beim Vergleich von:

- Coping Humor Scale bei Beginn der Untersuchung (CHS) mit Coping Humor Scale bei Nacherhebung nach drei Monaten (CHSN1)
- Coping Humor Scale bei Beginn der Untersuchung (CHS) mit Coping Humor Scale bei Nacherhebung nach sechs Monaten (CHSN2)
- Coping Humor Scale bei Ende der Untersuchung (CHSe) mit Coping Humor Scale bei Nacherhebung nach sechs Monaten (CHSN2) (vgl. Tabelle 21).

Bei den weiblichen Befragten verzeichnen wir die folgenden **signifikanten Anstiege** der durchschnittlichen Werte beim Vergleich von:

- Coping Humor Scale bei Beginn der Untersuchung (CHS) mit Coping Humor Scale bei Ende der Untersuchung (CHSe)
- Coping Humor Scale bei Beginn der Untersuchung (CHS) mit Coping Humor Scale bei Nacherhebung nach sechs Monaten (CHSN2)

Bei den männlichen Befragten ergeben sich keine signifikanten Veränderungen. (vgl. Tabelle 22).

In altersspezifischer Betrachtung ergeben sich bei den Jüngeren keine signifikanten Veränderungen.

Bei den Älteren verzeichnen wir die folgenden **signifikanten Anstiege** der durchschnittlichen Werte beim Vergleich von:

- Coping Humor Scale bei Beginn der Untersuchung (CHS) mit Coping Humor Scale bei Nacherhebung nach drei Monaten (CHSN1)
- Coping Humor Scale bei Beginn der Untersuchung (CHS) mit Coping Humor Scale bei Nacherhebung nach sechs Monaten (CHSN2)
- Coping Humor Scale bei Ende der Untersuchung (CHSe) mit Coping Humor Scale bei Nacherhebung nach sechs Monaten (CHSN2) (vgl. Tabelle 23).

Blickt man auf die einzelnen Einrichtungen (vgl. Tabelle 24), zeigen sich **signifikante Anstiege** des Durchschnittswerts bei den folgenden Einrichtungen:

VG 1 AHG ambulante Nachsorge:

- Coping Humor Scale bei Beginn der Untersuchung (CHS) mit Coping Humor Scale bei Ende der Untersuchung (CHSe)
- Coping Humor Scale bei Beginn der Untersuchung (CHS) mit Coping Humor Scale bei Nacherhebung nach drei Monaten (CHSN1)
- Coping Humor Scale bei Beginn der Untersuchung CHS mit Coping Humor Scale bei Nacherhebung nach sechs Monaten (CHSN2)
- Coping Humor Scale bei Ende der Untersuchung (CHSe) mit Coping Humor Scale bei Nacherhebung nach sechs Monaten (CHSN2).

Ein **signifikanter Rückgang** des Durchschnittswertes zeigt sich bei den Kliniken Wied (VG 3).

**Zusammenfassung Hypothese 2:** Wenn das Trainingsprogramm absolviert wird, dann zeigt sich eine positive Veränderung im Sinn für Humor als Stressbewältigungsstrategie.

Zusammenfassend zeigt sich also, dass die Coping-Humor-Scale-Werte (CHS) im Zeitablauf ansteigen, insbesondere bei den weiblichen und bei den älteren Befragten; diese Anstiege sind in der VG 1 (AHG ambulante Nachsorge) zu beobachten.

**Hypothese 3**

Wenn das Trainingsprogramm absolviert wird, dann zeigt sich dies in einer positiven Beeinflussung der allgemeinen Befindlichkeit.

**Variable Ausgeglichenheit (ausgleich):**

Bei der Variablen Ausgeglichenheit (ausgleich) zeigen sich die folgenden **signifikanten Anstiege** der durchschnittlichen Werte beim Vergleich von:

- Ausgeglichenheit bei Beginn der Untersuchung (ausgleich) mit Ausgeglichenheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (ausgleichN1)
- Ausgeglichenheit bei Beginn der Untersuchung (ausgleich) mit Ausgeglichenheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (ausgleichN2)
- Ausgeglichenheit bei Ende der Untersuchung (ausgleiche) mit Ausgeglichenheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (ausgleichN1)
- Ausgeglichenheit bei Ende der Untersuchung (ausgleiche) mit Ausgeglichenheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (ausgleichN2) (vgl. Tabelle 25).

In geschlechtsspezifischer Betrachtung (vgl. Tabelle 26) ergibt sich bei den weiblichen Befragten ein **signifikanter Anstieg** des Durchschnittswertes:

- Ausgeglichenheit bei Beginn der Untersuchung (ausgleich) mit Ausgeglichenheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (ausgleichN1).



Bei den männlichen Befragten verzeichnen wir die folgenden **signifikanten Anstiege** der durchschnittlichen Werte beim Vergleich von:

- Ausgeglichenheit bei Beginn der Untersuchung (ausgleich) mit Ausgeglichenheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (ausgleichN2)
- Ausgeglichenheit bei Ende der Untersuchung (ausgleiche) mit Ausgeglichenheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (ausgleichN2).

In altersspezifischer Betrachtung (vgl. Tabelle 27) erkennt man nur bei den Älteren **signifikante Anstiege** der Durchschnittswerte, und zwar beim Vergleich von

- Ausgeglichenheit bei Beginn der Untersuchung (ausgleich) mit Ausgeglichenheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (ausgleichN1)
- Ausgeglichenheit bei Beginn der Untersuchung (ausgleich) mit Ausgeglichenheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (ausgleichN2)
- Ausgeglichenheit bei Ende der Untersuchung (ausgleiche) mit Ausgeglichenheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (ausgleichN1)
- Ausgeglichenheit bei Ende der Untersuchung (ausgleiche) mit Ausgeglichenheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (ausgleichN2).

Blickt man auf die Einrichtungen (vgl. Tabelle 28), zeigen sich **signifikante Anstiege** des Durchschnittswerts bei den folgenden Einrichtungen:

AHG ambulante Nachsorge (VG 1):

- Ausgeglichenheit bei Beginn der Untersuchung (ausgleich) mit Ausgeglichenheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (ausgleichN1)
- Ausgeglichenheit bei Ende der Untersuchung (ausgleiche) mit Ausgeglichenheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (ausgleichN1)
- Ausgeglichenheit bei Ende der Untersuchung (ausgleiche) mit Ausgeglichenheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (ausgleichN2).

**Zusammenfassend ist festzustellen, dass im Zeitablauf Anstiege der Durchschnittswerte zu beobachten sind – insbesondere bei Älteren und in der Einrichtung der AHG ambulanten Nachsorge (VG 1).**

***Variable Gutgestimmtheit (gutgestimmt):***

Bei der Variablen Gutgestimmtheit (gutgestimmt) zeigen sich die folgenden **signifikanten Anstiege** der durchschnittlichen Werte beim Vergleich von:

- Gutgestimmtheit bei Beginn der Untersuchung (gutgestimmt) mit Gutgestimmtheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (gutgestimmtN1)
- Gutgestimmtheit bei Beginn der Untersuchung (gutgestimmt) mit Gutgestimmtheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (gutgestimmtN2)
- Gutgestimmtheit bei Ende der Erhebung (gutgestimmte) mit Gutgestimmtheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (gutgestimmtN1)
- Gutgestimmtheit bei Ende der Erhebung (gutgestimmte) mit Gutgestimmtheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (gutgestimmtN2) (vgl. Tabelle 29).

Bei den weiblichen Befragten verzeichnen wir die folgenden **signifikanten Anstiege** der durchschnittlichen Werte beim Vergleich von:

- Gutgestimmtheit bei Beginn der Untersuchung (gutgestimmt) mit Gutgestimmtheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (gutgestimmtN1)
- Gutgestimmtheit bei Ende der Erhebung (gutgestimmte) mit Gutgestimmtheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (gutgestimmtN1)
- Gutgestimmtheit bei Ende der Erhebung (gutgestimmte) mit Gutgestimmtheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (gutgestimmtN2)
- Gutgestimmtheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (gutgestimmtN1) mit Gutgestimmtheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (gutgestimmtN2).

Bei den männlichen Befragten ergibt sich kein signifikanter Anstieg des Durchschnittswertes (vgl. Tabelle 30).

In altersspezifischer Betrachtung (vgl. Tabelle 31) ergibt sich bei den Jüngeren kein signifikanter Anstieg des Durchschnittswertes.

Bei den Älteren verzeichnen wir die folgenden signifikanten Anstiege der durchschnittlichen Werte beim Vergleich von:

- Gutgestimmtheit bei Beginn der Untersuchung (gutgestimmt) mit Gutgestimmtheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (gutgestimmtN1)
- Gutgestimmtheit bei Beginn der Untersuchung (gutgestimmt) mit Gutgestimmtheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (gutgestimmtN2)
- Gutgestimmtheit bei Ende der Erhebung (gutgestimmte) mit Gutgestimmtheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (gutgestimmtN1)
- Gutgestimmtheit bei Ende der Erhebung (gutgestimmte) mit Gutgestimmtheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (gutgestimmtN2).

Blickt man auf die Einrichtungen (vgl. Tabelle 32), zeigen sich **signifikante Anstiege** des Durchschnittswerts bei den folgenden Einrichtungen:

AHG ambulante Nachsorge (VG 1) :

- Gutgestimmtheit bei Beginn der Untersuchung (gutgestimmt) mit Gutgestimmtheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (gutgestimmtN1)
- Gutgestimmtheit bei Beginn der Untersuchung (gutgestimmt) mit Gutgestimmtheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (gutgestimmtN2)
- Gutgestimmtheit bei Ende der Untersuchung (gutgestimmte) mit Gutgestimmtheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (gutgestimmtN1)

- Gutgestimmtheit bei Ende der Untersuchung (gutgestimmte) mit Gutgestimmtheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (gutgestimmtN2)

Kliniken Wied medizinische Rehabilitation (VG 4):

- Gutgestimmtheit bei Beginn der Untersuchung (gutgestimmt) mit Gutgestimmtheit bei Ende der Untersuchung (gutgestimmte).

**Zusammenfassend ist festzustellen, dass im Zeitablauf Anstiege der Durchschnittswerte zu beobachten sind – insbesondere bei den weiblichen Befragten, bei den Älteren und in der AHG ambulanten Nachsorge (VG 1).**

### ***Variable Leistungsbezogene Aktiviertheit (aktiv):***

Bei der Variablen Leistungsbezogene Aktiviertheit (aktiv) zeigen sich die folgenden **signifikanten Anstiege** der durchschnittlichen Werte beim Vergleich von:

- Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Beginn der Untersuchung (aktiv) mit Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (aktivN1)
- Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Beginn der Untersuchung (aktiv) mit Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (aktivN2)
- Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Ende der Untersuchung (aktive) mit Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (aktivN1)
- Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Ende der Untersuchung (aktive) mit Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (aktivN2)
- Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (aktivN1) mit Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (aktivN2) (vgl. Tabelle 33).

In geschlechtsspezifischer Betrachtung (vgl. Tabelle 34) ergeben sich bei den weiblichen Befragten die folgenden **signifikanten Anstiege** der durchschnittlichen Werte beim Vergleich von:

- Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Ende der Untersuchung (aktive) mit Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (aktivN1)
- Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Ende der Untersuchung (aktive) mit Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (aktivN2)

Bei den männlichen Befragten ergibt sich ein **signifikanter Anstieg** des Durchschnittswertes beim Vergleich von:

- Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Beginn der Untersuchung (aktiv) mit Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (aktivN1).

In altersspezifischer Betrachtung (vgl. Tabelle 35) ergibt sich bei den Jüngeren kein signifikanter Anstieg des Durchschnittswertes.

Bei den Älteren verzeichnen wir die folgenden **signifikanten Anstiege** der durchschnittlichen Werte beim Vergleich von:

- Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Beginn der Untersuchung (aktiv) mit Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (aktivN1)
- Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Beginn der Untersuchung (aktiv) mit Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (aktivN2)
- Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Ende der Untersuchung (aktive) mit Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (aktivN1)

- Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Ende der Untersuchung (aktive) mit Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (aktivN2)
- Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (aktivN1) mit Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (aktivN2).

Blickt man auf die Einrichtungen (vgl. Tabelle 36), zeigen sich **signifikante Anstiege** des Durchschnittswerts bei den folgenden Einrichtungen:

AHG ambulante Nachsorge (VG 1):

- Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Beginn der Untersuchung (aktiv) mit Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (aktivN1)
- Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Beginn der Untersuchung (aktiv) mit Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (aktivN2)
- Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Ende der Untersuchung (aktive) mit Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (aktivN1)
- Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Ende der Untersuchung (aktive) mit Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (aktivN2)
- Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (aktivN1) mit Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (aktivN2).

Kliniken Wied medizinische Rehabilitation (VG 3):

Hier erkennen wir ausnahmsweise einen **Rückgang** des Durchschnittswertes, und zwar beim Vergleich von

- Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Beginn der Untersuchung (aktiv) mit Leistungsbezogene Aktiviertheit bei Ende der Untersuchung (aktive).

**Zusammenfassend ist festzustellen, dass im Zeitablauf Anstiege der Durchschnittswerte zu beobachten sind – insbesondere bei den Älteren und in der VG 1 (AHG ambulante Nachsorge).**

***Variable Extravertiertheit / Introvertiertheit (extra):***

Bei der Variablen Extravertiertheit/Introvertiertheit (extra) zeigen sich die folgenden **signifikanten Anstiege** der durchschnittlichen Werte beim Vergleich von:

- Extravertiertheit/Introvertiertheit bei Beginn der Untersuchung (extra) mit Extravertiertheit/Introvertiertheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (extraN1)
- Extravertiertheit/Introvertiertheit bei Beginn der Untersuchung (extra) mit Extravertiertheit/Introvertiertheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (extraN2)
- Extravertiertheit/Introvertiertheit bei Ende der Untersuchung (extrae) mit Extravertiertheit/Introvertiertheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (extraN1)
- Extravertiertheit/Introvertiertheit bei Ende der Untersuchung (extrae) mit Extravertiertheit/Introvertiertheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (extraN2) (vgl. Tabelle 37).

In geschlechtsspezifischer Betrachtung (vgl. Tabelle 38) ergibt sich bei den weiblichen Befragten die folgenden **signifikanten Anstiege** der durchschnittlichen Werte beim Vergleich von:

- Extravertiertheit/Introvertiertheit bei Ende der Untersuchung (extrae) mit Extravertiertheit/Introvertiertheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (extraN1)
- Extravertiertheit / Introvertiertheit bei Ende der Untersuchung (extrae) mit Extravertiertheit / Introvertiertheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (extraN2).

Bei den männlichen Befragten ergibt sich ein **signifikanter Anstieg** des Durchschnittswertes beim Vergleich von:

- Extravertiertheit/Introvertiertheit bei Beginn der Untersuchung (extra) mit Extravertiertheit/Introvertiertheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (extraN2)
- Extravertiertheit/Introvertiertheit bei Ende der Untersuchung (extrae) mit Extravertiertheit/Introvertiertheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (extraN2).

In altersspezifischer Betrachtung (vgl. Tabelle 39) ergibt sich bei den Jüngeren kein signifikanter Anstieg des Durchschnittswertes.

Bei den Älteren verzeichnen wir die folgenden **signifikanten Anstiege** der durchschnittlichen Werte beim Vergleich von:

- Extravertiertheit/Introvertiertheit bei Beginn der Untersuchung (extra) mit Extravertiertheit/Introvertiertheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (extraN1)
- Extravertiertheit/Introvertiertheit bei Beginn der Untersuchung (extra) mit Extravertiertheit/Introvertiertheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (extraN2)
- Extravertiertheit/Introvertiertheit bei Ende der Untersuchung (extrae) mit Extravertiertheit/Introvertiertheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (extraN1)
- Extravertiertheit/Introvertiertheit bei Beginn der Untersuchung (extrae) mit Extravertiertheit/Introvertiertheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (extraN2).

Blickt man auf die Einrichtungen (vgl. Tabelle 40), zeigen sich **signifikante Anstiege** des Durchschnittswerts bei den folgenden Einrichtungen:

AHG ambulante Nachsorge (VG 1):



- Extravertiertheit/Introvertiertheit bei Beginn der Untersuchung (extra) mit Extravertiertheit/Introvertiertheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (extraN1)
- Extravertiertheit / Introvertiertheit bei Beginn der Untersuchung (extra) mit Extravertiertheit / Introvertiertheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (extraN2)
- Extravertiertheit/Introvertiertheit bei Beginn der Untersuchung (extrae) mit Extravertiertheit/Introvertiertheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (extraN1)
- Extravertiertheit/Introvertiertheit bei Beginn der Untersuchung (extrae) mit Extravertiertheit/Introvertiertheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (extraN2).

Kliniken Wied medizinische Rehabilitation (VG 3):

Hier erkennen wir ausnahmsweise einen **Rückgang** des Durchschnittswertes, und zwar beim Vergleich von

- Extravertiertheit/Introvertiertheit bei Beginn der Untersuchung (extra) mit Extravertiertheit/Introvertiertheit bei Ende der Untersuchung (extrae).

**Zusammenfassend ist festzustellen, dass im Zeitablauf Anstiege der Durchschnittswerte zu beobachten sind – sowohl bei weiblichen wie auch bei männlichen Befragten und insbesondere bei den Älteren und in der AHG ambulanten Nachsorge (VG 1).**

### ***Variable Erregtheit (erregt):***

Bei der Variablen Erregtheit (erregt) zeigen sich die folgenden **signifikanten Veränderungen** der durchschnittlichen Werte beim Vergleich von:

- Erregtheit bei Ende der Untersuchung (erregte) mit Erregtheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (erregtN1)

- Erregtheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (erregtN1) mit Erregtheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (erregtN2) (**Rückgang** des Durchschnittswerts) (vgl. Tabelle 41).

In geschlechtsspezifischer Betrachtung (vgl. Tabelle 42) ergibt sich bei den weiblichen Befragten der folgende signifikante Anstieg der durchschnittlichen Werte beim Vergleich von:

- Erregtheit bei Beginn der Untersuchung (erregt) mit Erregtheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (erregtN2).

Bei den männlichen Befragten ergibt sich der folgende **signifikante Anstieg** der durchschnittlichen Werte beim Vergleich von:

- Erregtheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (erregtN1) mit Erregtheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (erregtN2).

In altersspezifischer Betrachtung (vgl. Tabelle 43) ergibt sich bei den Jüngeren keine signifikante Veränderung des Durchschnittswertes.

Bei den Älteren verzeichnen wir einen **Anstieg** des Durchschnittswertes beim Vergleich von:

- Erregtheit bei Ende der Untersuchung (erregte) mit Erregtheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (erregtN1)

und einen **Rückgang** des Durchschnittswertes beim Vergleich von:

- Erregtheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (erregtN1) mit Erregtheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (erregtN2).

Blickt man auf die Einrichtungen (vgl. Tabelle 44), zeigen sich **signifikante Anstiege** des Durchschnittswerts bei den folgenden Einrichtungen:

AHG ambulante Nachsorge (VG 1):

- Erregtheit bei Beginn der Erhebung (erregt) mit Erregtheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (erregtN1)
- Erregtheit bei Beginn der Erhebung (erregt) mit Erregtheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (erregtN2)
- Erregtheit bei Ende der Untersuchung (erregte) mit Erregtheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (erregtN1)
- Erregtheit bei Ende der Untersuchung (erregte) mit Erregtheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (erregtN2).

Kliniken Wied medizinische Rehabilitation (VG 2):

In der Einrichtung 2 erkennen wir sowohl **signifikante Anstiege** als auch **Rückgänge** der Durchschnittswerte, und zwar beim Vergleich von:

- Erregtheit bei Beginn der Untersuchung (erregt) mit Erregtheit bei Ende der Untersuchung (erregte)
- Erregtheit bei Ende der Untersuchung (erregte) mit Erregtheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (erregtN2)

**Zusammenfassend ist festzustellen, dass im Zeitablauf nur wenige Anstiege der Durchschnittswerte zu beobachten sind – abgesehen von der AHG ambulante Nachsorge (VG 1), während in den Kliniken Wied medizinische Rehabilitation (VG 2) sowohl Anstiege als auch Rückgänge der Durchschnittswerte zu verzeichnen sind.**

### ***Variable Ängstlichkeit/Traurigkeit (angst):***

Bei der Variablen Ängstlichkeit/Traurigkeit (angst) zeigt sich der folgende **signifikante Rückgang** der durchschnittlichen Werte beim Vergleich von:

- Ängstlichkeit/Traurigkeit bei Nacherhebung nach drei Monaten (angstN1) mit Ängstlichkeit/Traurigkeit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (angstN2) (vgl. Tabelle 45).

In geschlechtsspezifischer Betrachtung (vgl. Tabelle 46) ergeben sich bei den weiblichen Befragten die folgenden **signifikanten Anstiege** der durchschnittlichen Werte beim Vergleich von:

- Ängstlichkeit/Traurigkeit bei Beginn der Untersuchung (angst) mit Ängstlichkeit/Traurigkeit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (angstN2)
- Ängstlichkeit/Traurigkeit bei Ende der Untersuchung (angste) mit Ängstlichkeit/Traurigkeit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (angstN2).

Bei den männlichen Befragten ergibt sich ein **signifikanter Rückgang** des Durchschnittswertes bei:

- Ängstlichkeit/Traurigkeit bei Nacherhebung nach drei Monaten (angstN1) mit Ängstlichkeit/Traurigkeit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (angstN2).

In altersspezifischer Betrachtung (vgl. Tabelle 47) ergeben sich bei den Jüngeren keine signifikanten Veränderungen.

Bei den Älteren zeigt sich ein **signifikanter Rückgang** beim Vergleich von:

- Ängstlichkeit/Traurigkeit bei Nacherhebung nach drei Monaten (angstN1) mit Ängstlichkeit/Traurigkeit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (angstN2).

Blickt man auf die Einrichtungen (vgl. Tabelle 48), zeigen sich **signifikante Rückgänge** des Durchschnittswerts bei den folgenden Einrichtungen:

AHG ambulante Nachsorge (VG 1):

- Ängstlichkeit/Traurigkeit bei Beginn der Untersuchung (angst) mit Ängstlichkeit/Traurigkeit bei Ende der Untersuchung (angste)
- Ängstlichkeit/Traurigkeit bei Beginn der Untersuchung (angst) mit Ängstlichkeit/Traurigkeit bei Nacherhebung nach drei Monaten (angstN1)

- Ängstlichkeit/Traurigkeit bei Ende der Erhebung (angste) mit Ängstlichkeit/Traurigkeit bei Nacherhebung nach drei Monaten (angstN1)
- Ängstlichkeit/Traurigkeit bei Ende der Untersuchung (angste) mit Ängstlichkeit/Traurigkeit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (angstN2).

Auch in der VG 3 (Kliniken Wied medizinische Rehabilitation) ist ein **Rückgang** der Durchschnittswerte zu verzeichnen, und zwar beim Vergleich von:

- Ängstlichkeit/Traurigkeit bei Beginn der Untersuchung (angst) mit Ängstlichkeit/Traurigkeit bei Ende der Untersuchung (angste).

**Zusammenfassend ergibt sich hier ein einheitliches Bild: Wir verzeichnen im Zeitablauf stets Rückgänge der Durchschnittswerte.**

### ***Variable Gereiztheit (reiz):***

Bei der Variablen Gereiztheit (reiz) zeigen sich **keine signifikanten** Veränderungen der durchschnittlichen Werte.

In geschlechtsspezifischer Betrachtung (vgl. Tabelle 49) ergibt sich bei den weiblichen Befragten der folgende **signifikante Anstieg** der durchschnittlichen Werte beim Vergleich von:

- Gereiztheit bei Ende der Untersuchung (reize) mit Gereiztheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (reizN2).

Bei den männlichen Befragten ergeben sich keine signifikanten Veränderungen.

In altersspezifischer Betrachtung (vgl. Tabelle 50) ergeben sich bei den Jüngeren keine signifikanten Veränderungen.

Bei den Älteren ergibt sich ein **signifikanter Anstieg** beim Vergleich von:

- Gereiztheit bei Ende der Untersuchung (reize) mit Gereiztheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (reizN2).

Blickt man auf die Einrichtungen (vgl. Tabelle 51), zeigen sich **signifikante Anstiege** des Durchschnittswerts bei den folgenden Einrichtungen:

AHG ambulante Nachsorge (VG 1):

- Gereiztheit bei Beginn der Untersuchung (reiz) mit Gereiztheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (reizN2)
- Gereiztheit bei Ende der Untersuchung (reize) mit Gereiztheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (reizN1)
- Gereiztheit bei Ende der Untersuchung (reize) mit Gereiztheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (reizN2).

Kliniken Wied medizinische Rehabilitation (VG 3):

- Gereiztheit bei Beginn der Untersuchung (reiz) mit Gereiztheit bei Ende der Untersuchung (reize).

**In zusammenfassender Betrachtung zeigt sich auch bei dieser Variablen reiz kein einheitliches Bild: Wir verzeichnen im Zeitablauf Anstiege der Durchschnittswerte bei den weiblichen Befragten und den Älteren jeweils zwischen dem Ende der Untersuchung und der Nacherhebung nach sechs Monaten.**

### ***Variable Allgemeine Desaktiviertheit (desaktiv):***

Bei der Variablen Allgemeine Desaktiviertheit (desaktiv) zeigen sich die folgenden **signifikanten Anstiege** der durchschnittlichen Werte bei:

- Allgemeine Desaktiviertheit bei Beginn der Untersuchung (desaktiv) mit Allgemeine Desaktiviertheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (desaktivN2)
- Allgemeine Desaktiviertheit bei Ende der Untersuchung (desaktiv) mit Allgemeine Desaktiviertheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (desaktivN1)

- Allgemeine Desaktiviertheit bei Ende der Untersuchung (desaktiv) mit Allgemeine Desaktiviertheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (desaktivN2) (vgl. Tabelle 52).

Als Ausnahme ergibt sich ein **signifikanter Rückgang** der Durchschnittswerte beim Vergleich von:

- Allgemeine Desaktiviertheit bei Beginn der Untersuchung (desaktiv) mit Allgemeine Desaktiviertheit bei Ende der Untersuchung (desaktiv).

In geschlechtsspezifischer Betrachtung (vgl. Tabelle 53) ergeben sich bei den weiblichen Befragten die folgenden **signifikanten Anstiege** der durchschnittlichen Werte beim Vergleich von:

- Allgemeine Desaktiviertheit bei Beginn der Untersuchung (desaktiv) mit Allgemeine Desaktiviertheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (desaktivN2)
- Allgemeine Desaktiviertheit bei Ende der Untersuchung (desaktiv) mit Allgemeine Desaktiviertheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (desaktivN1)
- Allgemeine Desaktiviertheit bei Ende der Untersuchung (desaktiv) mit Allgemeine Desaktiviertheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (desaktivN2).

Auch hier gibt es wieder die Ausnahme des **signifikanten Rückgangs** beim Vergleich von:

- Allgemeine Desaktiviertheit bei Beginn der Untersuchung (desaktiv) mit Allgemeine Desaktiviertheit bei Ende der Untersuchung (desaktiv).

Bei den männlichen Befragten ergibt sich ein **signifikanter Rückgang** beim Vergleich von:

- Allgemeine Desaktiviertheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (desaktivN1) mit Allgemeine Desaktiviertheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (desaktivN2).

In altersspezifischer Betrachtung (vgl. Tabelle 54) ergeben sich bei den Jüngeren keine signifikanten Veränderungen.

Bei den Älteren ergibt sich ein **signifikanter Anstieg** beim Vergleich von:

- Allgemeine Desaktiviertheit bei Beginn der Untersuchung (desaktiv) mit Allgemeine Desaktiviertheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (desaktivN2)
- Allgemeine Desaktiviertheit bei Ende der Untersuchung (desaktive) mit Allgemeine Desaktiviertheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (desaktivN1)
- Allgemeine Desaktiviertheit bei Ende der Untersuchung (desaktive) mit Allgemeine Desaktiviertheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (desaktivN2).

Auch hier lässt sich wieder eine Ausnahme des **signifikanten Rückgangs** konstatieren beim Vergleich von:

- Allgemeine Desaktiviertheit bei Beginn der Untersuchung (desaktiv) mit Allgemeine Desaktiviertheit bei Ende der Untersuchung (desaktive).

Blickt man auf die Einrichtungen (vgl. Tabelle 55), zeigen sich **signifikante Anstiege** des Durchschnittswerts bei den folgenden Einrichtungen:

AHG ambulante Nachsorge (VG 1):

- Allgemeine Desaktiviertheit bei Beginn der Untersuchung (desaktiv) mit Allgemeine Desaktiviertheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (desaktivN1)



- Allgemeine Desaktiviertheit bei Beginn der Untersuchung (desaktiv) mit Allgemeine Desaktiviertheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (desaktivN2)
- Allgemeine Desaktiviertheit bei Ende der Untersuchung (desaktive) mit Allgemeine Desaktiviertheit bei Nacherhebung nach drei Monaten (desaktivN1)
- Allgemeine Desaktiviertheit bei Ende der Untersuchung (desaktive) mit Allgemeine Desaktiviertheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (desaktivN2).

In den Kliniken Wied medizinische Rehabilitation (VG 2) beobachten wir **signifikante Rückgänge** der Durchschnittswerte beim Vergleich von:

- Allgemeine Desaktiviertheit bei Ende der Untersuchung (desaktive) mit Allgemeine Desaktiviertheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (desaktivN2)
- Allgemeine Desaktiviertheit bei Ende der Untersuchung (desaktive) mit Allgemeine Desaktiviertheit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (desaktivN2).

**In zusammenfassender Betrachtung ergeben sich signifikante Anstiege der Durchschnittswerte im Vergleich zu den Zeitpunkten Nacherhebung nach drei Monaten (N1) und Nacherhebung nach sechs Monaten (N2), hingegen signifikante Rückgänge im Vergleich zum Zeitpunkt bei Ende der Untersuchung (e). Bemerkenswerterweise verzeichnen wir in VG 1 (AHG ambulante Nachsorge) Anstiege der Durchschnittswerte, in VG 2 (Kliniken Wied medizinische Rehabilitation) aber Rückgänge.**

**Zusammenfassung Hypothese 3:** Wenn das Trainingsprogramm absolviert wird, dann zeigt sich dies in einer positiven Beeinflussung der allgemeinen Befindlichkeit.

Bei den Variablen Ausgeglichenheit (ausgleich), Gutgestimmtheit (gutgestimmt), Leistungsbezogene Aktiviertheit (aktiv), Extravertiertheit/Introvertiertheit (extra), Erregtheit (erregt) und Gereiztheit (reiz) sind im Zeitablauf deutliche Anstiege der Durchschnittswerte zu beobachten, während dies bei den Variablen Ängstlichkeit/Traurigkeit (angst) und Allgemeine Desaktiviertheit (desaktiv) in dieser Deutlichkeit nicht gegeben ist.

**Hypothese 4**

Wenn jede Trainingseinheit absolviert wird, dann zeigt sich nach jeder Trainingseinheit eine positive Stimmungsveränderung.

*Vergleich Zustand Heiterkeit je Sitzung zum Zeitpunkt Z1 (unmittelbar vor der Sitzung) mit Zeitpunkt Z2 (unmittelbar nach der Sitzung) „heiterE\*Z1“ mit „heiterE\*Z2“*

Bei diesen „sitzungsbezogenen“ Vergleichen (vgl. Tabelle 56) zeigen sich die folgenden **signifikanten Anstiege** der Durchschnittswerte bei:

- Einheit 1 (Dem persönlichen Sinn für Humor auf den Grund gehen.)
- Einheit 2 (Lernen, sich eine spielerische Einstellung anzueignen.)
- Einheit 3 (Öfter und herzlich lachen.)
- Einheit 4 (Humor im Alltag entdecken.)
- Einheit 5 (Sich nicht zu ernst nehmen. Über sich selbst lachen.)
- Einheit 6 (Humor in mitten von Stress finden.)

In geschlechtsspezifischer Betrachtung finden sich signifikante Anstiege der Durchschnittswerte bei den gleichen Einheiten, sowohl bei weiblichen wie auch bei männlichen Befragten.

Das Gleiche gilt in altersspezifischer Betrachtung, wobei allerdings bei den Jüngeren die Sitzung 6 wegfällt.

Blickt man auf die Einrichtungen, so zeigen sich in der Einrichtung der medizinischen Rehabilitation und des qualifizierten Entzugs signifikante Veränderungen in den Durchschnittswerten (vgl. Tabelle 57).

**Zusammenfassend zeigen sich hier also pro Einheit mehrheitlich signifikante Anstiege der Durchschnittswerte (auch in geschlechts- und altersspezifischer Betrachtung), wobei dies insbesondere in den VG 3 und 4 (Kliniken Wied) sowie in den VG 5 und 6 (Rhein-Mosel-Fachklinik) der Fall ist.**

*Vergleich Zustand Ernsthaftigkeit je Sitzung zum Zeitpunkt Z1 (unmittelbar vor der Sitzung) mit Zeitpunkt Z2 (unmittelbar nach der Sitzung) „ernstE\*Z1“ mit „ernstE\*Z2“*

- Bei diesen „sitzungsbezogenen“ Vergleichen zeigen sich signifikante Rückgänge der Durchschnittswerte bei allen Sitzungen.
- In geschlechtsspezifischer Betrachtung wiederholt sich der Befund 1., allerdings ohne die Sitzung 7 bei weiblichen Befragten.
- In altersspezifischer Betrachtung wiederholt sich der Befund 1., allerdings ohne die Sitzungen 5 und 6 bei den jüngeren Befragten (vgl. Tabelle 58).

Blickt man auf die Einrichtungen, so zeigen sich die in der Einrichtung der ambulanten Nachsorge und der medizinischen Rehabilitation **signifikanten Rückgänge** der Durchschnittswerte (vgl. Tabelle 59).

**Zusammenfassend zeigen sich hier also pro Einheit mehrheitlich signifikante Rückgänge der Durchschnittswerte (auch in geschlechts- und altersspezifischer Betrachtung), wobei dies insbesondere in der VG 1 (AHG ambulante Nachsorge) und VG 4 (Kliniken Wied) der Fall ist.**

*Vergleich Zustand Schlechte Laune je Sitzung zum Zeitpunkt Z1 (unmittelbar vor der Sitzung) mit Zeitpunkt Z2 (unmittelbar nach der Sitzung) „launeE\*Z1“ mit „launeE\*Z2“*

1. Bei diesen „sitzungsbezogenen“ Vergleichen zeigen sich signifikante Rückgänge der Durchschnittswerte bei allen Sitzungen.
2. In geschlechtsspezifischer Betrachtung wiederholt sich der Befund 1, allerdings ohne die Sitzung 6 bei weiblichen Befragten.
3. In altersspezifischer Betrachtung wiederholt sich der Befund 1 (vgl. Tabelle 60).

Blickt man auf die Einrichtungen, so zeigen sich in der Einrichtung der medizinischen Rehabilitation und des qualifizierten Entzugs **signifikante Veränderungen** in den Durchschnittswerten (vgl. Tabelle 61).

**Zusammenfassung Hypothese 4: Wenn jede Trainingseinheit absolviert wird, dann zeigt sich nach jeder Trainingseinheit eine positive Stimmungsveränderung.**

**Bei der Zustands-Variablen Heiterkeit (heiter) finden wir in den einzelnen Einheiten Anstiege der Durchschnittswerte, bei den Zustands-Variablen Ernsthaftigkeit (ernst) und Schlechte Laune (laune) hingegen Rückgänge.**

## **Zusätzliche Auswertungen**

### ***Variable Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit (heitert)***

**Signifikante Anstiege** der Durchschnittswerte finden sich bei folgenden Vergleichen (vgl. Tabelle 62):

- Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit bei Beginn der Untersuchung (heitert) mit Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit bei Ende der Untersuchung (heiterte)
- Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit bei Ende der Untersuchung (heiterte) mit Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (heitertN2).

In geschlechtsspezifischer Auswertung (vgl. Tabelle 63) zeigen **sich signifikante Anstiege** der Durchschnittswerte bei weiblichen Befragten bei:

- Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit bei Beginn der Untersuchung (heitert) mit Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit bei Ende der Untersuchung (heiterte).

Bei männlichen Befragten zeigen sich **signifikante Anstiege** bei:

- Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit bei Ende der Untersuchung (heiterte) mit Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (heitertN2).

In altersspezifischer Auswertung (vgl. Tabelle 64) finden sich nur bei den Älteren **signifikante Anstiege** der Durchschnittswerte bei:

- Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit bei Beginn der Untersuchung (heitert) mit Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit bei Ende der Untersuchung (heiterte)
- Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit bei Ende der Untersuchung (heiterte) mit Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit bei Nacherhebung nach sechs Monaten (heitertN2).

Blickt man auf die Einrichtungen (vgl. Tabelle 65), zeigen sich **signifikante Anstiege** des Durchschnittswerts bei den folgenden Einrichtungen:

Kliniken Wied medizinische Rehabilitation (VG 3):

- Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit bei Ende der Untersuchung (heiterte) mit Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit bei Nacherhebung nach drei Monaten (heitertN1).

**Zusammenfassend zeigt sich also bei dieser Variablen ein signifikanter Anstieg des Durchschnittswertes.**

### ***Variable Persönlichkeitsmerkmal Ernsthaftigkeit (ernstt):***

Ein **signifikanter Rückgang** des Durchschnittswertes findet sich bei folgendem Vergleich:

- Persönlichkeitsmerkmal Ernsthaftigkeit bei Beginn der Untersuchung (ernstt) mit Persönlichkeitsmerkmal Ernsthaftigkeit bei Ende der Untersuchung (ernstte) (vgl. Tabelle 66).

In geschlechtsspezifischer Auswertung (vgl. Tabelle 67) zeigen sich **signifikante Rückgänge** der Durchschnittswerte bei weiblichen Befragten bei:

- Persönlichkeitsmerkmal Ernsthaftigkeit bei Beginn der Untersuchung (ernstt) mit Persönlichkeitsmerkmal Ernsthaftigkeit bei Ende der Untersuchung (ernstte).

Bei männlichen Befragten zeigen sich keine signifikanten Veränderungen.

In altersspezifischer Auswertung (vgl. Tabelle 68) findet sich nur bei den Älteren ein **signifikanter Anstieg** der Durchschnittswerte bei:

- Persönlichkeitsmerkmal Ernsthaftigkeit bei Beginn der Untersuchung (ernstt) mit Persönlichkeitsmerkmal Ernsthaftigkeit bei Ende der Untersuchung (ernstte).

Blickt man auf die Einrichtungen (vgl. Tabelle 69), zeigen sich **signifikante Anstiege** des Durchschnittswerts bei den folgenden Einrichtungen:

Kliniken Wied medizinische Rehabilitation (VG 2):

- Persönlichkeitsmerkmal Ernsthaftigkeit bei Beginn der Untersuchung (ernstt) mit Persönlichkeitsmerkmal Ernsthaftigkeit bei Nacherhebung nach drei Monaten (ernsttN1).

Kliniken Wied medizinische Rehabilitation (VG 3):

In dieser Einrichtung findet sich ein **signifikanter Rückgang** der Durchschnittswerte, und zwar beim Vergleich von:

- Persönlichkeitsmerkmal Ernsthaftigkeit bei Beginn der Untersuchung (ernstt) mit Persönlichkeitsmerkmal Ernsthaftigkeit bei Ende der Untersuchung (ernstte).

**Zusammenfassend zeigt sich bei dieser Variablen ein heterogenes Bild; es sind sowohl signifikante Anstiege der Durchschnittswerte zu verzeichnen als auch Rückgänge.**

**Variable Persönlichkeitsmerkmal schlechte Laune „schlechtelaunet“:**

Ein **signifikanter Rückgang** der Durchschnittswerte findet sich bei:

- Persönlichkeitsmerkmal schlechte Laune bei Beginn der Untersuchung (schlechtelaunet) mit Persönlichkeitsmerkmal schlechte Laune bei Ende der Untersuchung (schlechtelaunete) (vgl. Tabelle 70).

In geschlechtsspezifischer Auswertung (vgl. Tabelle 71) zeigt sich ein **signifikanter Anstieg** der Durchschnittswerte bei weiblichen Befragten bei:

- Persönlichkeitsmerkmal schlechte Laune bei Nacherhebung nach drei Monaten (schlechtelauneN1) mit Persönlichkeitsmerkmal schlechte Laune bei Nacherhebung nach sechs Monaten (schlechtelauneN2).

Bei männlichen Befragten zeigt sich ein **signifikanter Rückgang** bei:

- Persönlichkeitsmerkmal schlechte Laune bei Beginn der Untersuchung (schlechtelaunet) mit Persönlichkeitsmerkmal schlechte Laune bei Ende der Untersuchung (schlechtelaunete).

In altersspezifischer Auswertung finden sich keine signifikanten Veränderungen.

Blickt man auf die Einrichtungen(vgl. Tabelle 72), zeigen sich **signifikante Rückgänge** der Durchschnittswerte bei der folgenden Einrichtung:

Kliniken Wied medizinische Rehabilitation (VG 2):

- Persönlichkeitsmerkmal schlechte Laune bei Beginn der Untersuchung (schlechtelaunet) mit Persönlichkeitsmerkmal schlechte Laune bei Nacherhebung nach drei Monaten (schlechtelauneN1)
- Persönlichkeitsmerkmal schlechte Laune bei Ende der Untersuchung (schlechtelaunete) mit Persönlichkeitsmerkmal schlechte Laune bei Nacherhebung nach drei Monaten (schlechtelauneN1).

Kliniken Wied medizinische Rehabilitation (VG 3):

- Persönlichkeitsmerkmal schlechte Laune bei Beginn der Untersuchung (schlechtelaunet) mit Persönlichkeitsmerkmal schlechte Laune bei Ende der Untersuchung (schlechtelaunete).

**Zusammenfassend zeigt sich bei dieser Variablen ein unterschiedliches Bild, bei dem signifikante Rückgänge der Durchschnittswerte überwiegen.**



## 7. Diskussion und Fazit



„Aber man verlangt vom Forscher, daß er Beweise liefert, wenn es sich zum Beispiel um die Entdeckung eines großen Berges handelt, verlangt man, daß er große Steine mitbringt.“

Antoine de Saint-Exupéry (1900-44), französischer Flieger und Schriftsteller

Zum Abschluss dieser Arbeit werden die gewonnen Ergebnisse entlang des bislang zu diesem Thema bekannten Forschungsstandes interpretiert und diskutiert. Darüber hinaus soll mittels der gewonnen Untersuchungsergebnisse ein Ausblick auf zukünftige Interventionsangebote gegeben werden.

Das **Ziel der vorliegenden Arbeit** war die Untersuchung und Beantwortung der zentralen Fragestellung, ob Humor und heitere Gelassenheit eine angezeigte Interventionsmaßnahme in einem suchtherapeutischen Setting darstellen können. Anlass zur Untersuchung gaben zum einen die bereits vorliegenden Studien zu verschiedenen Einsatzmöglichkeiten des Humors im gesellschaftlichen, therapeutischen sowie im neurobiologischen Kontext, zum anderen die Feststellung, dass im Bereich der Suchtforschung neurobiologische Untersuchungen zur Humorverarbeitung vorliegen, jedoch keine zum therapeutischen Einsatz von Humor im Sinne einer indikativen Interventionsform.

Zur oben genannten Fragestellung liegen also bislang keine Untersuchungen vor. Damit stellt die Dissertation einen Beitrag zur Schließung dieser Lücke dar.

Untersucht wurden in der Studie Veränderungen im „Sinn für Humor“, im „Sinn für Humor als Bewältigungsstrategie“, der „allgemeinen Befindlichkeit“ sowie der „kurzfristigen Stimmungsveränderungen nach jeder Einheit“. Die Auswahl der Messinstrumente und das gewählte Prä-Post-Design mit drei- bzw. sechsmonatiger Nacherhebung ermöglichten die entsprechenden **Veränderungsmessungen**.

Die vorliegende Untersuchung unterscheidet sich von den bisherigen Studien zu Einsatz und Wirksamkeit des Humors im gesellschaftlichen sowie therapeutischen Kontext vor allem in der Wahl der Zielgruppe. Wurden bislang Untersuchungen bei gesunden Menschen, bei Menschen mit Depression bzw. alten Menschen mit Depression angestellt, stehen im Rahmen der Dissertation Menschen mit Suchterkrankung in unterschiedlichen Behandlungssettings im Mittelpunkt.

Die **Rahmung der Studie** war – abweichend von einrichtungsinternen<sup>57</sup> oder vom BMBF bzw. DRV geforderten und geförderten Forschungsarbeiten – für die Rehabilitanden in den Einrichtungen auf freiwilliger Basis zu gestalten. Diese Bedingung musste zwingend eingehalten werden, um für den ungestörten Ablauf des individuellen Rehabilitationsprozesses zu sorgen. Forschungsprojekte dürfen keine erheblichen oder unzumutbaren zeitlichen oder inhaltlichen Belastungen für teilnehmende Rehabilitanden der DRV beinhalten (vgl. DRV). Damit waren die jeweiligen Gruppen nicht Bestandteil des Therapieplans; sie konnten nur außerhalb des Therapieplans angeboten werden. Dieser Umstand beeinträchtigte die Bereitschaft der Rehabilitanden, an der Untersuchung teilzunehmen, und wirkte sich reduzierend auf die Gesamtstichprobe aus.

Abweichend zu den Arbeiten von Sassenrath (2001) und Rusch und Stolz (2008) wurde das Humor-Trainingsprogramm von McGhee (1998) speziell für die Bedarfe eines suchtherapeutischen Settings modifiziert. Daraus entwickelte sich das Humor-Sensibilisierungs-Programm. Das beinhaltete auch die Reduzierung von acht auf sechs „Trainings“-Einheiten sowie die Berücksichtigung der jeweiligen strukturellen Besonderheiten der Einrichtungen.

---

<sup>57</sup> „Das Curriculum wurde als offene indikative Gruppe angeboten, die Teilnahme an bis zu acht Sitzungen war verpflichtend“ (Missel & Braukmann 1991, S. 95).

In Anlehnung an die vorliegenden Studien wurden die **Veränderungshypothesen zur zentralen Fragestellung** entsprechend formuliert. Die Festlegung auf ein zweiseitiges Signifikanzniveau von  $p=.2$  aufgrund der kleinen gepaarten Teilstichproben erlaubt die Feststellung signifikanter Befunde.

Positive Veränderungen, also Anstiege des Humorquotient-Wertes im Vergleich der HQT-Werte vom ersten Messzeitpunkt zum zweiten Messzeitpunkt sowie zum Zeitpunkt der ersten und zweiten Nacherhebung bestätigen zunächst **Hypothese 1**. Bei Betrachtung der Einzelvariablen des HQT sind insbesondere bei der Variablen „Ernsthaftigkeit und Negative Stimmung“ und bei „Humor unter Stress“ signifikante Veränderungen zu beobachten. Die Untersuchung von Sassenrath (2001) zeigt im Vergleich ähnliche Werte: Die Teilnehmer haben „zum zweiten Testzeitpunkt ihren Sinn für Humor als wesentlich höher eingeschätzt als zum ersten Zeitpunkt“ (S. 94). Im Unterschied zur vorliegenden Untersuchung zeigte sich bei Sassenrath „bei der genaueren Untersuchung der einzelnen Komponenten des HQ (...), dass in allen Komponenten der Sense of Humor Scale hoch signifikante Verbesserungen stattgefunden haben“ (ebd.).

Betrachtet man die Resultate der einzelnen Variablen, die den HQT ausmachen, so stellt sich die Frage, warum sich gerade bei diesen zwei Variablen signifikante Veränderungen zeigen: Die Schleife der „Ernsthaftigkeit und Negativen Stimmung“ zu verlassen, ist für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung oft nur mithilfe der gewählten Substanz möglich. Im Rahmen des Sensibilisierungsprogramms gelang es jedoch, diese Werte signifikant durch den bewussten Einsatz von Humor zu verbessern; „Humor unter Stress“ zu bewahren, stellt insgesamt eine der größten Herausforderungen und Leistungen im Alltag dar. Der Impuls dazu konnte im Verlauf der Untersuchung erfreulicherweise erfolgreich gesetzt werden, wie die signifikanten Veränderungen zeigen.

Die Hypothese 1 kann zusammenfassend als bedingt bestätigt angesehen werden.

Betrachtet man die Coping-Humor-Scale-Werte und damit die **Hypothese 2**, zeigen sich im Zeitverlauf signifikante Anstiege beim Vergleich der CHS-Werte

zu Beginn der Untersuchung mit den CHS-Werten zum Zeitpunkt der ersten Nacherhebung nach drei Monaten sowie der zweiten Nacherhebung nach sechs Monaten. Auch zwischen dem zweiten Messzeitpunkt (nach Ende der Untersuchung) und dem vierten Messzeitpunkt (nach sechs Monaten) zeichnen sich signifikante Veränderungen ab. Die Ergebnisse geben Anlass zur Vermutung, dass das eingesetzte Sensibilisierungsprogramm auch einen länger andauernden positiven Einfluss auf die Fähigkeit, Humor als Bewältigungsstrategie einzusetzen, hat. Darüber hinaus bestätigen die Ergebnisse die Annahme, dass die Sensibilisierung dafür, Humor als Bewältigungsstrategie einzusetzen, einen Prozess darstellt, der Zeit braucht und nicht von heute auf morgen zu leisten ist. Zu gleichen Ergebnissen kommt auch die Studie von Sassenrath (vgl. 2001, S. 101).

Mit Blick auf die Einrichtungen lassen sich diese Veränderungen in der ambulanten Nachsorge beobachten. Die Teilnehmenden in diesem Stadium der Rehabilitation haben in der Regel einen längeren Rehabilitationsweg hinter sich. Sie sind gefestigter in ihrer Persönlichkeit, sind stabiler in ihrem sozialen und beruflichen Umfeld. Insgesamt erscheinen sie offener und motivierter, Humor als Bewältigungsstrategie einzusetzen. Dazu bietet ihnen das soziale, berufliche und therapeutische Umfeld die Möglichkeit, Humor im Alltag bewusst auszuprobieren. Das ist in den stationären Settings in dieser Weise nicht gegeben.

Betrachtet man zusammenfassend die Ergebnisse zur Überprüfung der **Hypothese 3**, ergeben sich signifikante Veränderungen der Durchschnittswerte der einzelnen Befindlichkeits-Variablen: Ausgeglichenheit, Gutgestimmtheit, Leistungsbezogene Aktiviertheit, Gereiztheit (jeweils Anstieg), Ängstlichkeit/Traurigkeit und Allgemeine Desaktiviertheit (jeweils Rückgang), und zwar im Vergleich zu den Zeitpunkten Nacherhebung nach drei Monaten sowie Nacherhebung nach sechs Monaten. Mit Ausnahme des Anstiegs der Gereiztheit zeigen die Ergebnisse den positiven Einfluss der Interventionen auf die allgemeine Befindlichkeit. Die Bestätigung der Ergebnisse findet sich in den gleichzeitigen Rückgängen der Werte für Traurigkeit/Ängstlichkeit und der Allgemeinen Desaktiviertheit wieder. Die Ursachen für den Anstieg der

Gereiztheit können unterschiedlich begründet sein: Insbesondere Stress durch soziale Problemlagen wie Beziehungsprobleme, sonstige Probleme und Ängste, wie sie durchaus in den verschiedenen Settings zutage treten, können unabhängig von der Studie eine erhöhte Gereiztheit bewirken.

Bemerkenswerterweise sind für die Variable „Allgemeine Desaktiviertheit“ in der ambulanten Nachsorge Anstiege der Durchschnittswerte zu verzeichnen, in den Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation dagegen Rückgänge. Eine Erklärung dafür kann sein, dass die Rehabilitanden im vollstationären Setting vor weitreichenderen Veränderungen stehen, als dies bei den Rehabilitanden der ambulanten Nachsorge der Fall ist. Erstere zeigen daher eine höhere Aktiviertheit, um den geänderten oder neuen sozialen und beruflichen Lebensumgebungen zu begegnen. Für die Rehabilitanden der ambulanten Nachsorge sind die Veränderungen in dieser Form nicht mehr unbedingt gegeben.

Beim Vergleich zum Zeitpunkt des Untersuchungsendes sind die Veränderungen in dieser Deutlichkeit nicht festzustellen. Diese Verlaufs-Resultate bestätigen die bereits zu Hypothese 2 angestellten Vermutungen, dass das eingesetzte Sensibilisierungsprogramm einen länger andauernden positiven Einfluss auf die allgemeine Befindlichkeit hat. Darüber hinaus kann ebenfalls angenommen werden, dass die Verbesserung der allgemeinen Befindlichkeit eines längeren Zeitraums bedarf und sich erst im Zeitraum nach der Untersuchung in dieser Form einstellen kann.

Die Ergebnisse von Sassenrath (2001) für diese Hypothese sind in zwei Subskalen differenziert: „positive Befindlichkeit“ und „negative Befindlichkeit“. Über den gesamten Untersuchungszeitraum von drei Monaten konnte die Subskala „positive Befindlichkeit“ die erhofften Ergebnisse der signifikanten Veränderungen zeigen, im Bereich der „negativen Befindlichkeit“ konnten sie in der Deutlichkeit nicht dargestellt werden. Sassenrath merkt jedoch an, „dass es auch zu keiner Verschlechterung gekommen ist“ (S. 103). Verschlechterungen sind in der vorliegenden Studie ebenfalls nicht erkennbar.

Zur Überprüfung der **Hypothese 4** wurde das State-Trait-Heiterkeits-Inventar <30> von Ruch et al. (1997) verwendet. Die vermuteten Anstiege in der

Zustands-Variablen „Heiterkeit“ sowie die konsequenterweise festzustellenden Rückgänge in den Zustands-Variablen „Ernsthaftigkeit“ und „Schlechte Laune“ sind auf den Gruppeneffekt, der sich aus dem sozialen Miteinander ergibt, zurückzuführen.

Das „State-Trait-Modell der Erheiterbarkeit“ (Ruch & Zwyer 2001) zeigt, dass sich das Konstrukt „Erheiterbarkeit“ aus drei Komponenten zusammensetzt: Heiterkeit, Ernsthaftigkeit und Schlechte Laune. Für alle drei Komponenten wird eine Unterscheidung zwischen State- (Zustand) und Trait-Versionen (habituelle Merkmale) vorgenommen. Es gibt verschiedene Abstufungen dahin gehend, wie lange die verschiedenen Zustände stabil sind. Dementsprechend können kurzlebige Stimmungsschwankungen genauso wie längerfristige Veränderungen im Stimmungsniveau auftreten. Daher wird unterschieden, ob Individuen von aktuellen oder habituellen Gefühlen und Verhalten berichten.

Betrachtet man die *Zustandsvariable* „Heiterkeit“, so zeigen sich zusammenfassend in allen sechs Einheiten mehrheitlich signifikante Anstiege der Durchschnittswerte. Das Bild bestätigt sich auch in geschlechts- und altersspezifischer Betrachtung. Dies ist insbesondere in den Gruppen der Einrichtung der medizinischen Rehabilitation sowie in den Gruppen des Qualifizierten Entzuges der Fall. Hier sind die Gruppen im Durchschnitt größer als in der Einrichtung der ambulanten Nachsorge. Diese Tatsache wird als möglicher Grund für die nicht signifikanten Anstiege angenommen.

Betrachtet man die *Zustandsvariable* „Ernsthaftigkeit“, so zeigen sich zusammenfassend in allen sechs Einheiten mehrheitlich signifikante Rückgänge der Durchschnittswerte. Das Bild bestätigt sich auch in geschlechts- und altersspezifischer Betrachtung. Dieses ist bei der zu untersuchenden Variable insbesondere in der Einrichtung der ambulanten Nachsorge sowie in der Einrichtung der medizinischen Rehabilitation festzustellen. Die Rückgänge zeichnen sich in der Einrichtung der Qualifizierten Entzugsbehandlung in dieser Deutlichkeit nicht ab. Ein möglicher Grund hierfür kann sein, dass diese Patientengruppe im Vergleich zu denen der Einrichtungen der ambulanten Nachsorge und medizinischen Rehabilitation offen und die Gruppenkohäsion

nicht in der Stärke wie in den anderen beiden Einrichtungen gegeben war, um die gegenwärtige Ernsthaftigkeit abzulegen.

Betrachtet man zusammenfassend die *Zustandsvariable* „*Schlechte Laune*“, so zeigen sich in allen sechs Einheiten mehrheitlich signifikante Rückgänge der Durchschnittswerte, auch in geschlechts- und altersspezifischer Betrachtung. Insbesondere zeigen sich diese Veränderungen in der Einrichtung der medizinischen Rehabilitation sowie der Qualifizierten Entgiftung. Die Rückgänge zeichnen sich in der Einrichtung der ambulanten Nachsorge in dieser Deutlichkeit nicht ab.

Im Vergleich der einzelnen Zustandsvariablen bezogen auf das suchttherapeutische Setting zeigen die Gruppen der medizinischen Rehabilitation als Einzige ein kohärentes Bild: Anstieg der Heiterkeit bei Rückgang der Ernsthaftigkeit und Schlechten Laune.

Die Hypothese 4 der vorliegenden Untersuchung kann insgesamt als bedingt bestätigt betrachtet werden. Im Vergleich zu Sassenraths Untersuchung (2001) zeigt ihre adäquate Versuchsgruppe deutlich kurzfristige Verbesserungen für alle drei Hypothesen. Sie verbucht die stärksten und anhaltendsten Verbesserungen. Die Versuchsgruppe 2 (Training ohne Humortagebuch) konnte hingegen weniger deutliche, aber doch durch fast alle Skalen durchgängige Verbesserungen verbuchen. Schließlich zeigten die Kontrollgruppen (ohne Training) relativ unregelmäßige Veränderungen in verschiedenen Skalen auf, die im Vergleich zu den Versuchsgruppen wesentlich geringer ausfallen.

Die formulierten Hypothesen finden insgesamt keine vollständigen Bestätigungen. Dies kann einerseits auf die Komplexität des Konstrukts „Sinn für Humor“, andererseits auf das gewählte Design und die vorhandenen Teilstichproben zurückzuführen sein. Die Veränderungen – sei es die Verbesserung oder die Reduzierung der jeweiligen Werte –, die die Versuchsgruppen erfahren haben, tendieren jedoch durchweg in die erwünschte Richtung, selbst wenn sie nicht signifikant sind. Zu erwähnen ist, dass es bei den Versuchsgruppen in keiner Skala zu signifikanten Verschlechterungen gekommen ist.

Hinsichtlich des verwendeten Messinstrumentes STHI-S (State-Trait-Heiterkeits-Inventar zur Messung der augenblicklichen Stimmung mit insgesamt 30 Fragen jeweils vor und nach einer Einheit) sowie der BSKE (Befindlichkeitsskalierung anhand von Kategorien und Eigenschaftswörtern in der allgemeinen Prä-Post-Messung mit 30 Fragen) könnte Kritik geübt werden, da die Beantwortung der entsprechenden Fragestellungen eine erhöhte Konzentrationsfähigkeit von den Rehabilitanden erfordert. Diese war insbesondere in den Gruppen der Qualifizierten Entzugsbehandlung in einigen Fällen nicht gegeben. Bei der Beantwortung der Zustandsmerkmale (states) kam es darüber hinaus auch zu zeitlichen Verzögerungen. Ein Grund dafür kann sein, dass sich die Teilnehmenden bei der Messung zu einem Zustand äußern sollen, der für sie eher schwierig zu beschreiben war.

Die bei Uekermann (2007) genannten Beeinträchtigungen, die eintreten können, da es aufgrund kognitiver sowie Affekt-humorischer Verarbeitungsdefizite durch Alkoholismus zu zwischenmenschlichen Problemen kommen kann – was bei der Rehabilitation zu berücksichtigen ist –, konnten erfreulicherweise im gesamten Forschungsprozess nicht beobachtet werden.

Insgesamt lässt sich anhand der Ergebnisse feststellen, dass die Konstituierung der Untersuchungsgruppen (acht Versuchsgruppen ohne Kontrollgruppen) und die für die Untersuchung gewählte Herangehensweise (Experiment) nicht optimal zielführend waren. Dennoch scheint die gewählte Form der Untersuchung die einzig mögliche Art der Datengewinnung zu sein, bezogen auf die Forschungsfragen und die zu untersuchende Zielgruppe. Nach Bortz (2010) liegt der Vorteil dieser Vorgehensweise darin, da die Ergebnisse die „besonderen Bedingungen der Untersuchungssituation“ (S. 8) und ein Stück unverfälschten Alltag charakterisieren (hohe externe Validität). Dieser Vorteil geht allerdings zu Lasten der internen Validität, denn die Natürlichkeit des Untersuchungsfeldes bzw. die nur bedingt mögliche Kontrolle störender Einflussgrößen lässt häufig mehrere gleichwertige Erklärungsalternativen für die Untersuchungsbefunde zu (vgl. S. 8 f.).

In zukünftigen Untersuchungen wäre die Ermöglichung der Rekrutierung einer oder mehrerer Kontrollgruppen sinnvoll. Dazu bedarf es einer strukturellen



Unterstützung der Rehabilitationseinrichtungen, z. B. durch die Aufnahme des Angebotes in den regelhaften Therapieplan statt außerhalb dessen.

Abschließend bleibt festzustellen, dass es – trotz der Einschränkungen, die sich im Rahmen der Dissertation durchgeführten und dargestellten Untersuchung gezeigt haben – von Relevanz ist, die Sensibilisierung für den Sinn für Humor für die Rehabilitanden der Suchthilfe weiterhin genauer zu beleuchten. Hierzu sind weitere Untersuchungen, die in modifizierter Form durchgeführt werden sollten, sinnvoll und notwendig.

Darüber hinaus ergeben sich folgende **Handlungsempfehlungen** für die Suchthilfe:

### ***Implementierung des Angebots der Humor-Sensibilisierung in ambulanten und stationären Settings***

In allen Settings der Suchthilfe, in denen sich die Rehabilitanden über mehrere Wochen aufhalten, kann das Humor-Sensibilisierungs-Programm angeboten werden – sei es in einer geschlossenen oder offenen Gruppe. Bereits die Auseinandersetzung mit dem Themen „Humor“ und „heitere Gelassenheit“ stellten eine Aktivierung und Mobilisierung von Ressourcen in der Behandlung dar, die auf heitere Art und Weise (wieder-)entdeckt werden können. Humor und heitere Gelassenheit können als unterstützende Bewältigungsstrategie und bedeutsame Ressource für Lebenszufriedenheit bewusst eingesetzt werden, um durch eigene Potenziale gesund zu werden, gesund zu bleiben und die individuelle abstinente Lebensqualität zu steigern.

### ***Auseinandersetzung mit dem persönlichen Sinn für Humor in Ausbildung und Studium***

Um humorvoll mit den Rehabilitanden zu arbeiten, bedarf es seitens der interdisziplinären Fachkräfte der Voraussetzung, sich zunächst mit ihrem ganz persönlichen Sinn für Humor und dem eigenen Humorverständnis auseinanderzusetzen. Dazu können entsprechende Seminare zur Bedeutung des Humors im therapeutischen Kontext in den Ausbildungsstätten, Hochschulen und Universitäten einen wesentlichen Beitrag leisten. Nicht zuletzt können diese Angebote dazu beitragen, der eigenen Ausbildung oder dem

Studium heiterer und gelassener, insgesamt humorvoller zu begegnen – insbesondere in belastenden Situationen.

### ***Weiterbildung für die Fachkräfte der Suchthilfe***

Die Suchthilfe gilt eher als humorlose Profession. Kontinuierliche Belastungen können schlechte Stimmung erzeugen. Die Hauptkraft der Ressource Humor liegt darin, Gesundheit und Lebenszufriedenheit zu fördern – und hier nicht nur die Gesundheit und Lebenszufriedenheit der Rehabilitanden der Suchthilfe, sondern auch der Fachkräfte. In Anlehnung an das bestehende Manual sind also auch hier Seminare zum gesundheitsfördernden Humor für die Fachkräfte der Suchthilfe angezeigt.

### ***Humor als Einrichtungskultur***

Humor als Einrichtungskultur bietet allen Beteiligten die Chance, unweigerlich entstehenden Spannungsfeldern mit Distanz sowie engagierter und heiterer Gelassenheit zu begegnen, um auf diese Art und Weise kreative und – vielleicht auch – unkonventionelle Lösungswege beschreiten zu können. Dazu bietet die humorvolle Kultur den Perspektivenwechsel an.

Humor und heitere Gelassenheit können von Relevanz in der Suchthilfe sein, sowohl für die Rehabilitanden als auch für die Fachkräfte. Es liegen aussagekräftige Ergebnisse für den Einsatz eines indikativen Sensibilisierungs-Programms für den Sinn für Humor vor, die es aufzugreifen gilt, wenn die Suchthilfe ernsthaft am bewussten Einsatz von Humor und heiterer Gelassenheit als wirksame Interventionsmaßnahme interessiert ist!

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufbau der Dissertationsarbeit .....	10
Abbildung 2: Modelle und Konzepte zur Entwicklung und Aufrechterhaltung süchtigen Verhaltens .....	16
Abbildung 3: Das Drei-Faktoren-Modell der Sucht (vgl. Feuerlein & Dittmar 1989, S. 40).....	18
Abbildung 4: Übersicht der psychosozialen Determinanten (vgl. Kastner & Silbereisen 1985, S. 88 f.) .....	24
Abbildung 5: Hilfeangebote für Abhängigkeitskranke in Deutschland (vgl. Leune 2012) .....	29
Abbildung 6: Vorgehensweisen in der Suchthilfe (in Anlehnung an Veltrup 2002) .....	30
Abbildung 7: Paradigmenwechsel in der Suchthilfe.....	37
Abbildung 8: Hierarchie der Interventionsziele (vgl. Schwoon & Wienberg 1995) .....	38
Abbildung 9: Übersicht der Humortheorien.....	46
Abbildung 10: State-Trait-Modell der Erheiterbarkeit (Ruch & Zweyer 2007) ..	59
Abbildung 11: Gliederung der Suchtforschung in zwei Bereiche .....	66
Abbildung 12: Gliederung des Bereiches 1 – Entwicklung abhängigen Verhaltens .....	66
Abbildung 13: Gliederung des Bereiches 2 – Modifikation abhängigen Verhaltens .....	68
Abbildung 14: Gesundheitliches Wohlbefinden in Zusammenhang mit Lachen (vgl. Effinger 2008, S. 205).....	88
Abbildung 15: Drei Komponenten des SoC .....	90
Abbildung 16: Intrapsychische Resilienzfaktoren (vgl. Wolin & Wolin 1995, S. 424) .....	96
Abbildung 17 : Stufen des Humor-Sensibilisierungs-Programms (HSP) .....	117

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Entwicklungsaufgaben Havighurst (1948 / 1953) .....	21
Tabelle 2: Angebote im Versorgungssystem der Suchthilfe in Deutschland (vgl. Leune 2012) .....	28
Tabelle 3: Klassifizierung der sechs Tugenden und 24 Charakterstärken (vgl. Peterson & Seligman 2004).....	99
Tabelle 4: Messinstrumente und Messzeitpunkte zur Kontrolle von Sequenzeffekten .....	112
Tabelle 5: Übersicht der eingesetzten Messinstrumente .....	120
Tabelle 6: Verteilung der Probanden .....	129
Tabelle 7: Signifikante Veränderung des Humorquotienten insgesamt (HQT). .....	316
Tabelle 8: Signifikante Veränderungen des Humorquotienten in geschlechtsspezifischer Betrachtung. ....	316
Tabelle 9: Signifikante Veränderung des Humorquotienten in altersspezifischer Betrachtung. ....	316
Tabelle 10: Signifikante Veränderungen beim Vergleich des Humorquotienten mit dem Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit jeweils zu Beginn und bei Ende der Untersuchung sowie bei den Nacherhebungen.....	317
Tabelle 11: Signifikante Veränderungen beim Vergleich des Humorquotienten mit dem Persönlichkeitsmerkmal Ernsthaftigkeit jeweils zu Beginn und bei Ende der Untersuchung sowie bei den Nacherhebungen.....	317
Tabelle 12: Signifikante Veränderungen beim Vergleich des Humorquotienten mit dem Persönlichkeitsmerkmal Schlechte Laune jeweils zu Beginn und bei Ende der Untersuchung sowie bei den Nacherhebungen. ....	318
Tabelle 13: Signifikante Veränderung beim Vergleich des Durchschnittswertes der Variable Freude am Humor (humor). ....	318
Tabelle 14: Signifikante Veränderung beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Ernsthaftigkeit und Negative Stimmung (ernsts). ....	318
Tabelle 15: Signifikante Veränderung beim Vergleich des Durchschnittswertes der Variable Scherzhaftigkeit und Positive Stimmung (scherz). ....	319
Tabelle 16: Signifikante Veränderung beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Scherzhaftigkeit und Positive Stimmung (scherz). ....	319
Tabelle 17: Signifikante Veränderung beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Lachen (lachen). ....	319

Tabelle 18: Signifikante Veränderung beim Vergleich des Durchschnittswertes der Variable Entdecken von Humor im Alltag (alltag). .....	319
Tabelle 19: Signifikante Veränderung beim Vergleich des Durchschnittswertes der Variable Über sich selbst lachen (selbst). .....	319
Tabelle 20: Signifikante Veränderung beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Humor unter Stress (stress). .....	320
Tabelle 21: Signifikante Veränderung beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Coping Humor Scale (CHS). .....	320
Tabelle 22: Signifikante Veränderung beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Coping Humor Scale (CHS) in geschlechterspezifischer Betrachtung. ....	320
Tabelle 23: Signifikante Veränderung beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Coping Humor Scale (CHS) in altersspezifischer Betrachtung. .	320
Tabelle 24: Signifikante Veränderung beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Coping Humor Scale (CHS) in einrichtungsspezifischer Betrachtung. ....	321
Tabelle 25: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Ausgeglichenheit (ausgleich). .....	321
Tabelle 26: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Ausgeglichenheit (ausgleich) in geschlechterspezifischer Betrachtung. ....	321
Tabelle 27: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Ausgeglichenheit (ausgleich) in altersspezifischer Betrachtung.	322
Tabelle 28: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Ausgeglichenheit (ausgleich) in einrichtungsspezifischer Betrachtung. ....	322
Tabelle 29: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Gutgestimmtheit (gutgestimmt). .....	322
Tabelle 30: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Gutgestimmtheit (gutgestimmt) in geschlechtsspezifischer Betrachtung. ....	323
Tabelle 31: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Gutgestimmtheit (gutgestimmt) in altersspezifischer Betrachtung. ....	323
Tabelle 32: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Gutgestimmtheit (gutgestimmt) in einrichtungsspezifischer Betrachtung. ....	323
Tabelle 33: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Leistungsbezogene Aktiviertheit (aktiv). ....	324

Tabelle 34: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Leistungsbezogene Aktiviertheit (aktiv) in geschlechtsspezifischer Betrachtung. ....	324
Tabelle 35: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Leistungsbezogene Aktiviertheit (aktiv) in altersspezifischer Betrachtung. ....	324
Tabelle 36: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Leistungsbezogene Aktiviertheit (aktiv) in einrichtungsspezifischer Betrachtung. ....	325
Tabelle 37: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Extrovertiertheit/Introvertiertheit (extra). ....	325
Tabelle 38: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Extrovertiertheit/Introvertiertheit (extra) in geschlechtsspezifischer Betrachtung. ....	325
Tabelle 39: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Extrovertiertheit/Introvertiertheit (extra) in altersspezifischer Betrachtung. ....	326
Tabelle 40: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Extrovertiertheit/Introvertiertheit (extra) in einrichtungsspezifischer Betrachtung. ....	326
Tabelle 41: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Erregtheit (erregt). ....	326
Tabelle 42: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Erregtheit (erregt) in geschlechtsspezifischer Betrachtung. ....	326
Tabelle 43: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Erregtheit (erregt) in altersspezifischer Betrachtung. ....	327
Tabelle 44: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Erregtheit (erregt) in einrichtungsspezifischer Betrachtung. ....	327
Tabelle 45: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Ängstlichkeit/Traurigkeit (angst). ....	327
Tabelle 46: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Ängstlichkeit/Traurigkeit (angst) in geschlechtsspezifischer Betrachtung. ....	327
Tabelle 47: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Ängstlichkeit/Traurigkeit (angst) in altersspezifischer Betrachtung. ....	328
Tabelle 48: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Ängstlichkeit/Traurigkeit (angst) in einrichtungsspezifischer Betrachtung. ....	328

Tabelle 49: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Gereiztheit (reiz) in geschlechtsspezifischer Betrachtung.....	328
Tabelle 50: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Gereiztheit (reiz) in altersspezifischer Betrachtung.....	328
Tabelle 51: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Gereiztheit (reiz) in einrichtungsspezifischer Betrachtung. ....	329
Tabelle 52: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Allgemeine Desaktiviertheit (desaktiv). ....	329
Tabelle 53: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Allgemeine Desaktiviertheit (desaktiv) in geschlechtsspezifischer Betrachtung.....	329
Tabelle 54: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Allgemeine Desaktiviertheit (desaktiv) in altersspezifischer Betrachtung.....	330
Tabelle 55: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Allgemeine Desaktiviertheit (desaktiv). ....	330
Tabelle 56: Vergleich Zustand Heiterkeit je Sitzung zum Zeitpunkt Z1 (unmittelbar vor der Sitzung) mit Zeitpunkt Z2 (unmittelbar nach der Sitzung) „heiterE*Z1“ mit „heiterE*Z2“.....	330
Tabelle 57: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Zustand Heiterkeit (heiter).....	331
Tabelle 58: Vergleich Zustand Ernsthaftigkeit je Sitzung zum Zeitpunkt Z1 (unmittelbar vor der Sitzung) mit Zeitpunkt Z2 (unmittelbar nach der Sitzung) „ernstE*Z1“ mit „ernstE*Z2“.....	332
Tabelle 59: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Zustand Ernsthaftigkeit (ernst). ....	333
Tabelle 60: Vergleich Zustand schlechte Laune je Sitzung zum Zeitpunkt Z1 (unmittelbar vor der Sitzung) mit Zeitpunkt Z2 (unmittelbar nach der Sitzung) „launeE*Z1“ mit „LauneE*Z2“.....	334
Tabelle 61: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Zustand Laune (laune). ....	335
Tabelle 62: Tabelle 63: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit (heitert). ....	336
Tabelle 63: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit (heitert) in geschlechtsspezifischer Betrachtung. ....	336
Tabelle 64: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit (heitert) in altersspezifischer Betrachtung.....	336

Tabelle 65: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit (heitert) in einrichtungsspezifischer Betrachtung.....	336
Tabelle 66: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Persönlichkeitsmerkmal Ernsthaftigkeit (ernstt). ....	337
Tabelle 67: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Persönlichkeitsmerkmal Ernsthaftigkeit (ernstt) in geschlechtsspezifischer Betrachtung. ....	337
Tabelle 68: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Persönlichkeitsmerkmal Ernsthaftigkeit (ernstt) in altersspezifischer Betrachtung. ....	337
Tabelle 70: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Persönlichkeitsmerkmal Schlechte Laune (schlechtelaunet). ....	338
Tabelle 71: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Persönlichkeitsmerkmal Schlechte Laune (schlechtelaunet) in geschlechtsspezifischer Betrachtung. ....	338
Tabelle 72: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Persönlichkeitsmerkmal Schlechte Laune (schlechtelaunet) in einrichtungsspezifischer Betrachtung.....	338



## Literaturverzeichnis

Abel, M. H. (2002): Humor, stress, and coping strategies. *Humor: International Journal of Humor Research*, 15(4), pp. 365-381.

Adler, A. (2006): *Wozu Leben wir?* 11. Auflage. Frankfurt: Fischer Taschenbuch.

AG links-netz (Hrsg.) (2013): *Sozialpolitik anders gedacht: Soziale Infrastruktur.* [www-Dokument] verfügbar unter: <http://www.vsa-verlag.de/nc/detail/artikel/sozialpolitik-anders-gedacht-soziale-infrastruktur/> [Datum:23.07.2013].

Antons, K. (1981): Theorien zur Genese des Alkoholismus. In: Antons, F., Schulz, W. (Hrsg.): *Normales Trinken und Suchtentwicklung*. 2. Auflage, Band 1. Göttingen: Hogrefe.

Balint, M. (1972): *Angstlust und Regression. Beitrag zur psychologischen Typenlehre.* Reinbek: Rowohlt.

Beattie, J. (1779): *Essay on Laughter and Ludicrous Composition.* In: *Essays*, 3rd ed. London.

Bachmaier, H. (Hrsg.) (2005): *Texte zur Theorie der Komik.* Stuttgart: Reclam.

Bengel J.; Koch U. (2000) (Hrsg.): *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften: Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung.* Berlin: Springer.

Bergson, H. (2011): *Das Lachen. Ein Essay über die Bedeutung des Komischen.* 23. Auflage. Hamburg: Felix Meiner Verlag.

Berger, P. (1998): *Erlösendes Lachen. Das Komische in der menschlichen Erfahrung.* Berlin, New York: de Gruyter.

Bernhardt, J. (1985): *Humor in der Psychotherapie. Eine Einführung für Therapeuten und Klienten.* Weinheim: Beltz.

Biemel, W. (1972): *Phänomenologie.* In: Willmann-Institut (Hrsg.): *Lexikon der Pädagogik. Neue Ausgabe. Dritter Band: Kultur bis Schulbuch.* Freiburg, Basel, Wien: Herder.

Biller, K.; Stiegeler, M. (2008): *Wörterbuch der Logotherapie und Existenzanalyse von Viktor E. Frankl. Sachbegriffe. Metaphern, Fremdwörter.* Wien: Böhlau.

Bollnow, O. F. (1964): *Die Heiterkeit.* In: *Pädagogische Arbeitsblätter*, 16. Jahrgang, 1964, Heft 1, S. 1-5.

Bortz, J. (1993): *Statistik für Sozialwissenschaftler.* 4. Auflage. Berlin: Springer.

Bortz, J.; Döring, N. (2006): *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler.* 4. Auflage. Berlin: Springer.

Bortz, J.; Lienert, G. A. (2008): Kurzgefasste Statistik für die Klinische Forschung. Leitfaden für die verteilungsfreie Analyse kleiner Stichproben. 3. Auflage. Heidelberg: Springer.

Bortz, J.; Schuster, Ch. (2010): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. 7., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Springer.

Bönner, K. H. (1983): Zum Problem der Indikationsstellung für die Behandlung Abhängigkeitskranker in stationären Settings mit individualisierter Therapiedauer – ein Lösungsansatz. In: Gesellschaft für Psychosomatische Therapie (Hrsg.): Wissenschaft und Praxis. Schriftenreihe der GPT e. V., Band 1. Düsseldorf.

Bönner, K. H. (1987): Kriterien für Indikationsstellung, Therapiedauer und Erfolgskontrolle in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. In: Bönner, K. H.; Waldow, M. (Hrsg.): Indikation und individualisierte Verweildauer in der stationären Behandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger. Marburg: Elwert-Verlag.

Bönner, K. H. (1993): Zusammenfassung der Kongressergebnisse. In: Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.): Ambulante und stationäre Suchttherapie: Möglichkeiten und Grenzen. Beiträge des 5. Heidelberger Kongresses 1992. Gesthaacht: Neuland. S. 217 – 227.

Bönner, K.H. (1995): Wieviel Therapie braucht der Klient? In: Sucht Aktuell – Zeitschrift des FVS, 3. S. 1-6.

Bönner, K. H. (1998): Ethik, Ökonomie und Gesundheitswesen. In: Sucht Aktuell – Zeitschrift des FVS, 1+2. S. 1-6.

Bönner, K. H. (2000): Effektivität der stationären Behandlung für Alkohol- und Medikamentenabhängige. vorgestellt: 13. Heidelberger Kongress „Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie!“, Heidelberg, 10.-12.5.2000. In: Sucht Aktuell – Zeitschrift des FVS, 7 (2), S. 71.

Bönner, K. H. (2001): Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie! Einführung in das Kongressthema. Gesthaacht: Neuland.

Bönner, K. H. (2002): Individualisierung der Behandlung. In: Fengler, J. (Hrsg.): Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung – Therapie – Prävention. Landsberg: ecomed. S. 238 – 242.

Bremmer, J.; Roodenberg, H. (1999): Humor und Geschichte: Eine Einführung. In: Bremmer, J., Roodenberg, H. (Hrsg.): Kulturgeschichte des Humors. Von der Antike bis heute. Darmstadt: Primus.

Brengelmann, J.C. (1991): Die Lust auf Spiel und Risiko. Zürich: Varia Press.

Brooks, K.-L.; Bowman, Ch. (2012): Self-Compassion Amongst Clients With Problematic Alcohol Use. Springer Science+Business Media, LLC 2012.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (1996): Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Suchtkranken, Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Heft 12/1996. Frankfurt.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2006): Berichtssystem Weiterbildung IX. Integrierter Gesamtbericht zur Weiterbildungssituation in Deutschland. [www-Dokument] verfügbar unter: [http://www.bmbf.de/pub/berichtssystem\\_weiterbildung\\_neun.pdf](http://www.bmbf.de/pub/berichtssystem_weiterbildung_neun.pdf) [Datum 18.08.2013].

Bundesministerium für Bildung und Forschung (o. J.): [www-Dokument] verfügbar unter: <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/358.php> [Datum 07.08.2013].

Bundesministerium für Bildung und Forschung (o. J.): [www-Dokument] verfügbar unter: <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/gesundheitsforschung.php> [Datum 07.08.2013]

Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.) (1988): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Bonn.

Burian, W. (1984): Die Psychotherapie des Alkoholismus. Unter besonderer Berücksichtigung des Frauenalkoholismus. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Bühl, A. (2012): SPSS 20. Einführung in die moderne Datenanalyse. 13., aktualisierte Auflage. München: Pearson.

Cicourel, A. V. (1974): Methode und Messung in der Soziologie. Frankfurt: Suhrkamp.

Coser, R. (1959): The social functions of laughter. In: Human Relations, 12. pp. 171-182.

Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG SAS) (2010): Erklärung des Vorstandes der DG-SAS zur strukturellen Verbesserung der Suchthilfe in den Kommunen unter Berücksichtigung der Sozialen Arbeit. [www-Dokument] verfügbar unter: <http://www.dg-sas.de/gruendungserklaerung.html> [Datum 12.08.2013].

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2003. Gesthaacht: Neuland.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Hrsg.) (1997): Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Geschichte, Strukturen, Perspektiven. Freiburg: Lambertus.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2010): Suchthilfe im regionalen Behandlungsverbund: Bestandsaufnahme und Entwicklungsperspektiven. [www-Dokument] verfügbar unter: [http://fdr-online.info/media/Texte/DHS\\_Verbundpapier.pdf](http://fdr-online.info/media/Texte/DHS_Verbundpapier.pdf) [Datum 12.08.2013].

Deutsche Rentenversicherung Bund (2011): Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit. Leitlinie für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung. Berlin.

Deutsche Rentenversicherung (o. J.): verfügbar unter: [http://forschung.deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?key=main\\_reha\\_einleitung&chmenu=ispvwNavEntriesByHierarchy55](http://forschung.deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?key=main_reha_einleitung&chmenu=ispvwNavEntriesByHierarchy55) [Datum 07.08.2013].

- Drösser, Ch. (2007): Wo ist der Witz? In: Die Zeit – Wissen 26.07.2007, Nr. 31. Hamburg. [www-Dokument] verfügbar unter: <http://www.zeit.de/2007/31/Humorforschung> [Datum 28.07.2007].
- Dudenredaktion (Hrsg.) (2007): Duden. Das Herkunftswörterbuch. Mannheim: Dudenverlag.
- Eger, E. (1980): My Use of Logotherapy with Clients. In: International Forum of Logotherapy, Vol. 4, No. 2. Human Sciences Press.
- Electric Paper GmbH (2011): EvaSys. Fragebogenerstellung mit dem VividForms Editor V5.0. Lüneburg: o. V.
- Fachverband Drogen- und Rauschmittel e.V. (Hrsg.) (1999): Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe, Schwerpunkt Drogenarbeit. Version 1/1999. Geesthacht: Neuland.
- Fachverband Drogen- und Rauschmittel e.V. (Hrsg.) (2000): Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe, Schwerpunkt Drogenarbeit. Version 2000. Geesthacht: Neuland.
- Fachverband Drogen- und Rauschmittel e.V. (2013): [www-Dokument] verfügbar unter: <http://fdr-online.info/pages/fdr-organe/mitglieder/mitglied-werden.php> [Datum 09.09.2013].
- Fachverband Sucht e. V. (2012): Leitbild und Positionen zur Suchtkrankenhilfe und –behandlung. In: Sucht Aktuell – Zeitschrift des FVS. Sonderausgabe. Jahrgang 19/02. Bonn.
- Falkenberg, I. et al. (2010): Implementation of a manual-based training of humor abilities in patients with depression: A pilot study. Psychiatry Research.
- Falkenberg, I. et al. (2009): Do Depressed Patients Lose Their Sense of Humor? Psychopathology 2011;44: p. 98-105.
- Falkenberg, I. (2009): Entwicklung von Lachen und Humor in den verschiedenen Lebensphasen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 1, 2010. Online publiziert: Springer. S. 25-30.
- Feuerlein, W; Dittmar, F. (1989): Wenn Alkohol zum Problem wird. 3. überarbeitete Auflage. Stuttgart: TRIAS.
- Feyerabend, P. (1978): Der wissenschaftliche Realismus und die Autorität der Wissenschaften. Ausgewählte Schriften, Band 1. Braunschweig: Vieweg.
- Filipp, S., Aymanns, P. (2010): Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fischer, U. C. (2006): Emotions- und identitätsregulierende Funktionen des Substanzkonsums: Substanzfunktionsüberzeugungen und Risikoorientierung als Mediatoren im Kontext eines integrativen Coping-Modells zur Erklärung des Substanzkonsums bei Jugendlichen und Erwachsenen. Landau: Verlag Empirische Pädagogik.

- Fischer, M. et al. (2012): Effektivität der stationären abstinenzorientierten Drogenrehabilitation. FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2009 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation. In: Sucht Aktuell – Zeitschrift des FVS, 3. S. 42-45.
- Franke, A.; Welbrink, A. (2000): Zwischen Genuss und Sucht. Das Salutogenesemodell in der Suchtforschung. In: Wydler et al. (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl: Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Weinheim: Juventa.
- Frankl, V. E. (1959): Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie. In: Frankl, V. E. et al. (Hrsg.): Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. Band III: Spezielle Psychotherapie I. München: Urban & Schwarzenberg. S. 663-736.
- Frankl, V. (1977): ... trotzdem ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager. In: Batthyany et al. (Hrsg.): Viktor E. Frankl. Gesammelte Werke. Band. 1. Wien, Köln, Weimar: Böhlau.
- Freud, S. (1973): Gesammelte Werke. Chronologisch geordnet. 6. Band: Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten. 5. Auflage. Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. (2012): Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten. Der Humor. 2. Auflage. Frankfurt: Fischer.
- Friedrichs, J. (1990): Methoden empirischer Sozialforschung. 4. Auflage. Opladen.
- Frings, W. (1996): Humor in der Psychoanalyse. Eine Einführung in die Möglichkeiten humorvoller Interventionen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Frittm, M. (2009): Die Soziale Arbeit und ihr Verhältnis zum Humor. Möglichkeiten humorvoller Interventionen im Beratungsgespräch. Wiesbaden: VS Research.
- Fuchtmann, E. (1994): Ambulante Suchttherapie. Freiburg: Lambertus.
- Funke, W. et al. (2001): FVS-Katamnese des Entlassungsjahres 1998 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht Aktuell – Zeitschrift des FVS, 8. S. 43-48.
- Geyer, D. (2008): Altersspezifische Aspekte in der stationären Rehabilitation Suchtkranker. In: Sucht Aktuell - Zeitschrift des FVS, 2. S. 31-34.
- Giesecke, W. (1999): Bildungspolitische Interpretationen und Akzentsetzungen der Slogans vom Lebenslangen Lernen. In: Arnold, R.; Giesecke, W. (Hrsg.): Die Weiterbildungsgesellschaft. Band 2. Bildungspolitische Konsequenzen (S. 93-120). Neuwied, Kriftel: Luchterhand.
- Gittler, G.; Arendasy (2007): Differentielle Psychologie. In: Kastner-Koller, U.; Deimann, P. (Hrsg.): Psychologie als Wissenschaft. 2. aktualisierte Auflage. Wien: facultas. S. 93-108.
- Goleman, D. (1998): Emotionale Intelligenz. 9. Auflage. München: DTV.
- Gould, S. (1981): Der falsch vermessene Mensch. Frankfurt: Suhrkamp.

- Grawe, K. (2000): Psychologische Therapie. 2. korrigierte Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Grewel, H. (1990): Recht auf Leben. Drängende Fragen christlicher Ethik. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Gruntz-Stoll, J. (2001): Ernsthaft humorvoll: lachen(d) Lernen in Erziehung und Unterricht, Beratung und Therapie. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Grüsser, S.; Thalemann, C. (2006): Verhaltenssucht. Diagnostik, Therapie, Forschung. Bern. Huber.
- Günther, P.; Rohrmann, E. (Hrsg.) (1999): Soziale Selbsthilfe - Alternative, Ergänzung oder Methode sozialer Arbeit? Heidelberg: Edition S.
- Hartnoll, R. (2004): Drugs and drug dependence: linking research, policy and practice. Lessons learned, challenges ahead. Council of Europe Publishing. Strasbourg: Koelblin-Fortuna-Druck.
- Havighurst, R.J.; Taba, H. (1949): Adolescent character and personality. New York: Wiley.
- Häder, M. (2014): Indikator. In: Edruweit, G. et al. (2014): Wörterbuch der Soziologie. Auflage. Konstanz und München: UVK. S. 176-177.
- Heide, M.; Lieb, H. (1991) (Hrsg.): Sucht und Psychosomatik. Beiträge des 3. Heidelberger Kongresses. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e. V. Bonn: Nagel.
- Heimlich, U. (2001): Einführung in die Spielpädagogik. Eine Orientierungshilfe für sozial-, schul- und heilpädagogische Arbeitsfelder. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Helas, I. (1997): Über den Prozess der Professionalisierung in der Suchtkrankenhilfe. In: DHS (Hrsg.): Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Geschichte, Strukturen, Perspektiven. Freiburg: Lambertus. S. 147-161.
- Hesse, J. (2002): Ressourcen- und Lösungsorientierung. In: Fengler, J. (Hrsg.): Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung – Therapie – Prävention. Landsberg: ecomed. S. 453-458.
- Hildebrandt, H.-A. (2006): Sucht und Entfremdung: Zur Sozialpsychologie des zwanghaften Drogengebrauchs und seiner gruppenanalytischer Behandlung am Beispiel einer Gruppe männlicher Alkoholiker. Kassel: kassel university press.
- Hirsch, R.-D.; Ruch, W. (2010): Heiterkeit und Humor im Alter. Ergebnisse aktueller Studien. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 1, 2010. Online publiziert: Springer. S. 5-7.
- Hirsch, R.-D. et al. (2010): Humorthherapie bei alten Menschen mit einer Depression. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 1, 2010. Online publiziert: Springer. S. 42-52.
- Hofstätter, P. (1977): Persönlichkeitsforschung. 2. Auflage. Stuttgart: Kröner.



- Höhn, E. (1959): Geschichte der Entwicklungspsychologie und ihre wesentlichsten Ansätze. In: Thomae, H. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Handbuch, Band 3. Göttingen: Hogrefe.
- Höfner, E.; Schachtner, H. (2006): Das wäre doch gelacht! Humor und Provokation in der Therapie. 5. Auflage. Reinbek: Rowohlt Verlag.
- Huber, O. (2000): Das psychologische Experiment: Eine Einführung. 3. Auflage. Bern: Huber.
- Huizinga, J. (1944): Homo Ludens: Vom Ursprung der Kultur im Spiel. Hamburg: Rowohlt.
- Hüllinghorst, R. (1997): Hilfe für Suchtkranke als gesellschaftliche Aufgabe. In: DHS (Hrsg.): Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Geschichte, Strukturen, Perspektiven. Freiburg: Lambertus. S. 285-306.
- Hurrelmann, K.; Hesse, S. (1991): Drogenkonsum als problematische Form der Lebensbewältigung im Jugendalter. In: Sucht 37. S. 240-252.
- IBM (2011): IBM SPSS Missing Values 20. [www-Dokument] verfügbar unter: [ftp://public.dhe.ibm.com/software/analytics/spss/documentation/statistics/20.0/de/client/Manuals/IBM\\_SPSS\\_Missing\\_Values.pdf](ftp://public.dhe.ibm.com/software/analytics/spss/documentation/statistics/20.0/de/client/Manuals/IBM_SPSS_Missing_Values.pdf) [04.01.2013].
- Jordan, S. (2010): Die Förderung von Resilienz und Schutzfaktoren bei Kindern suchtkranker Eltern. Bundesgesundheitsblatt 2010 – 53. Online publiziert: Springer. S. 340-346.
- Höffe, O. (Hrsg.) (2008): Immanuel Kant. Kritik der Urteilskraft. Klassiker auslegen, Band 33. Berlin: Akademie Verlag.
- Kant, I. (1790/1976): Kritik der Urteilskraft. Stuttgart: Reclam.
- Kastner, P.; Silbereisen, R. (1985): Entwicklungstheoretische Perspektiven in der Drogenberatung. In: Brandstädter, J.; Gräser, H. (Hrsg.): Entwicklungsberatung unter dem Aspekt der Lebensspanne. Göttingen: Hogrefe. S. 83-102.
- Kindermann, W. et al. (1992): Drogenabhängig: Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit. Freiburg: Lambertus.
- Kirchmayr, A. (2009): Rettet die Purzelbäume. Kinderwitz und Lebenskunst. Wien: EDITION VA bene.
- Kirchner, B. (2004): Das „umgekehrt Erhabene“. Über Humor in der Psychoanalyse. SAP-Zeitung Nr. 9.
- Klein, M. et al. (2010): Kinder aus suchtblasteten Familien gestärkt werden. [www-Dokument] verfügbar unter: [http://www.konturen.de/NEU\\_pages/archiv/2010/0610/0610\\_leseprobe.php](http://www.konturen.de/NEU_pages/archiv/2010/0610/0610_leseprobe.php) [25.08.2013].
- Cluckhohn, C.; Murray, H. A. (1950): Personality in nature, society, and culture. 4. Auflage. New York. Alfred A. Knopf.

- Koch U.; Buschmann-Steinhage R. (2004): Zum Verständnis und zu den Voraussetzungen der Rehabilitationswissenschaften in Deutschland. Deutsche Rentenversicherung; 5: 263-272. [www-Dokument] verfügbar unter: [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208270/publicationFile/2299/literatur\\_koch\\_buschmann\\_steinhage\\_pdf.pdf](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208270/publicationFile/2299/literatur_koch_buschmann_steinhage_pdf.pdf) [Datum 06.08.2013].
- Koestler, A. (1966): Der göttliche Funke. Der schöpferische Akt in Kunst und Wissenschaft. Bern, München, Wien: Scherz.
- Kotthoff, H. (1996): Vom Lächeln der Mona Lisa zum Lachen der Hyänen. In: Kotthoff, H. (Hrsg.): Das Gelächter der Geschlechter. Humor und Macht in Gesprächen von Frauen und Männern. 2. Auflage. Konstanz: UVK.
- Kuhlmann, T. (2011): ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), Editorial. In: Suchttherapie 2011; 12. S. 7.
- Kuiper, N.; Martin, R. (1998): Is sense of humor a positive personality characteristic? In: The sense of humor. Explorations of a Personality Characteristic. Humor Research, 3. Berlin, New York.
- Kuipers, G. (2006): Good Humor, Bad Taste. A Sociology of the Joke. Berlin, New York: Mouton de Gruyter.
- Künzel-Böhmer, J. (1993): Expertise zur Primärprävention des Substanzmißbrauchs. In: Künzel-Böhmer, J. et al. (Hrsg.): Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 20. Baden-Baden: Nomos.
- Kurz, W. (1986): Menschenbild und therapeutische Zielsetzung: Die Bedeutung der Logotherapie für die Suchttherapie. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (Hrsg): Sinnfrage und Suchprobleme. Menschenbild-Wertorientierung-Therapieziele. Hamm: Hoheneck.
- Lauer, W. (1974): Humor als Ethos. Eine moralpsychologische Untersuchung. Bern: Huber.
- Lazarus, H. (2007): Ressourcenanalyse und Ressourcenentwicklung – Eine Chance für die Suchthilfe. Einführungsvortrag auf dem 30. Bundes-Drogen-Kongress am 14. und 15.05.2007 im Schloss Waldthausen bei Mainz. [www-Dokument] verfügbar unter: <http://www.fdr-online.de/info/pdf/v01lazarus.pdf> [Datum 02.11.2007].
- Le Goff, J. (1999): Lachen im Mittelalter. In: Bremmer, J.; Roodenburg, H. (Hrsg.): Kulturgeschichte des Humors. Von der Antike bis heute. Darmstadt: Primus Verlag. S. 43-56.
- Lempke, G. (1990): Suchtkonzepte und ihre Auswirkungen auf den Umgang mit Abhängigkeitskranken. In: Schwoon, D.; Krausz, M. (Hrsg.): Suchtkranke. Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie. Stuttgart: Enke. S. 16-24.
- Leuenberger, B. (2013): Fahnden nach dem Duchenne-Lächeln. In: Fachzeitschrift Curaviva, 7-8. Bern: S. 37-39.



- Leune, J. (2008): Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2008. Geesthacht: Neuland.
- Leune, J. (2012): Versorgung Abhängigkeitskranker in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2012. Lengerich. S. 193-208.
- Lexikonredaktion des Verlags F. A. Brockhaus (Hrsg.) (2004): Der Brockhaus: Philosophie. Ideen, Denker und Begriffe. Mannheim u. Leipzig: F. A. Brockhaus.
- Link, S. (2008): Lachen erlaubt! – Humor bahnt sich seinen Weg in die Suchtkrankenhilfe. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Koblenz.
- Lorenz, K. (1963): Das sogenannte Böse. Wien: Borotha-Schoeler.
- Lüders, Christian (2000): Beobachten im Feld und Ethnographie. In: Flick, U. et al. (Hrsg.): Qualitative Forschung – Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: rororo. S. 384-402.
- Mann, K. (2000): Die Zukunft von Suchtforschung und Suchttherapie: Internationale Tagung zur Einrichtung des 1. Lehrstuhls für Suchtforschung in Deutschland. In: Deutsches Ärzteblatt 2000; 97 (11), A-705-A-706.
- McGhee, P. (1989): Humor and children's development. A guide to practical applications. New York: Haworth Press.
- McGhee, P. (1999): Health, Healing and the Amuse System. Humor as survival training (3<sup>rd</sup> ed.). Dubuque, IA: Kendall Hunt Publishing Company.
- Meyer, W. (2004): Indikatorenentwicklung. Eine praxisorientierte Einführung. 2. Auflage. Saarbrücken: Centrum für Evaluation.
- Mindess, Harvey (1996): The Use and Abuse of Humour in Psychotherapy. In: Chapman, A.J.; Foot, H.C. (Hrsg.): Humor and Laughter. Theory, Research, and Applications. New Brunswick, NJ: Transaction. p. 331-342.
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (1999): NRW-Landesprogramm gegen Sucht. Bielefeld: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögD).
- Missel, P.; Braukmann, W. (1991): Psychosomatik in der Sucht: Abhängigkeitskranke mit psychosomatischen Störungen in einem stationären Entwöhnungsprogramm. In: Heide, M.; Lieb, H. (Hrsg.): Sucht und Psychosomatik. Beiträge des 3. Heidelberger Kongresses. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e. V. Bonn: Nagel.
- Missel et al. (2010): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2010 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. In: Sucht Aktuell – Zeitschrift des FVS, 1. S. 26-33.
- Nationale Drogenkonferenz (1990): Nationaler Rauschgiftbekämpfungsplan. BPA-Pressemitteilung. ADG 34674. Bonn.

- Ningel, R.; Böttger, M. (1994): Kennen Sie die Lösung oder sind Sie Teil des Problems? In: Quinten, C. et al.: Ressourcenorientierung in der Psychotherapie: Beiträge des 4. Eifeler Suchtsymposiums vom 07./08.10.1993 in der Fachklinik Thommener Höhe. Gesthaacht: Neuland.
- Oerter, R. (1968): Moderne Entwicklungspsychologie. 3. Auflage. Donauwörth: Ludwig Auer.
- Oerter, R.; Noam, G. (1999): Der konstruktivistische Ansatz. In: Oerter, R. et al. (Hrsg.): Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz.
- Otto, H. U. et al. (2010): What Works – Welches Wissen braucht die Soziale Arbeit? Zum Konzept evidenzbasierter Praxis. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Patry, Ph. (2002): Experimente mit Menschen: Einführung in die Ethik der psychologischen Forschung. Bern: Huber.
- Paul, J. (1819/1980): Vorschule der Ästhetik. Werke, Fünfter Band. München: C. Hanser. S. 102-165.
- Pfennig, M. (2007): Humor und Provokation in beraterisch-supervisorischen Kontexten. Eine Einladung zu einer effektiven und befreienden Grundhaltung. [www-Dokument] verfügbar unter: <http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.franz-hitze-haus.de%2Ffile.php%3Ffile%3D%2FPfennig%2520Matthias%2520-%2520Humor%2520und%2520Provokation.pdf%26type%3Ddown&ei=PmgbUrivJeiJ7AarooCoAw&usg=AFQjCNGKYtAblzr32G1FfhnWzhLwSxiUJg&sig2=VBdegG21Z5ltqQdeKTPnWg&bvm=bv.51156542,d.ZGU> [Datum 25.08.2013].
- Plessner, H. (1950): Lachen und Weinen. München: Leo Lehnen.
- Popper, K.R. (2006): The Logic Of Scientific Discovery. London: Routledge Classics.
- Preisendanz, W. (1974): Das Komische, das Lachen. In: Ritter J.; Gründer K. (Hrsg.): Historisches Wörterbuch der Philosophie, Band 4. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft. S. 889-893.
- Proctor, E.; Rosen, A. (2010): Herausforderungen beim Gebrauch empirischer Evidenz in der Praxis. In: Otto, H. U. et al. (Hrsg.): What Works – Welches Wissen braucht die Soziale Arbeit? Zum Konzept evidenzbasierter Praxis. Opladen: Verlag Barbara Budrich. S. 217-230.
- Robinson, V. (1977): Humor and Health Professions. Thorofare: Slack.
- Rohrmann, E. (Hrsg.) (2001): Mehr Ungleichheit für alle - Fakten, Analysen und Berichte zur sozialen Lage der Republik am Anfang des 21. Jahrhunderts. Heidelberg: Edition S.
- Rohrmann, E. (2011): Mythen und Realitäten des Anders-Seins. Gesellschaftliche Konstruktionen seit der frühen Neuzeit. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden. VS.

Rubinstein, H. (1985): Die Heilkraft Lachen. Bern: Hallwag.

Ruch, W.; Zweyer, K. (2001): Heiterkeit und Humor. Ergebnisse der Forschung. In: Hirsch, R.D.; Bruder, J. & Radebold, H. (Hrsg.): Heiterkeit und Humor im Alter. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Band 2. Bornheim-Seckem: Chudeck-Druck.

Ruckgaber, Ch. (2012): Das Glück des Stolperns. In: Wild, B. (Hrsg.): Humor in Psychiatrie und Psychotherapie: Neurobiologie, Methoden, Praxis. Stuttgart: Schattauer. S. 273-289.

Rumpf, H.-J. (2012): Die Grenzen des Suchtbegriffs. In: Sucht 58 (2). Bern: Huber. S. 81-83.

Rumpf, H.-J.; Kiefer, F. (2011): DSM-5: die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssuchte. In: SUCHT, 57 (1), S. 45-48.

Rusch, S.; Stolz, H. (2008): Ist Sinn für Humor lernbar? Eine Anwendung und Evaluation des 8 Stufen Programms nach McGhee. Unveröffentlichte Lizenziatsarbeit. Zürich. [www-Dokument] verfügbar unter: <http://www.psychologie.uzh.ch/perspsy/trainings/humortraining.php> [Datum 25.02.2010].

Rusch, S.; Stolz, H. (2008): [www-Dokument] verfügbar unter [http://www.sdbb.ch/dyn/bin/180264-180867-1-rusch\\_stolz\\_humor\\_als\\_st\\_rke.pdf](http://www.sdbb.ch/dyn/bin/180264-180867-1-rusch_stolz_humor_als_st_rke.pdf) [Datum 22.10.2010].

Ryff, C. D. (1989): Happiness is everything or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. Journal of Personality and Social Psychology, 57, 6, p. 1069-1081.

Sachsse, U. (2012): Lachen auf der Couch – Humor in der Psychotherapie. In Schwandner, M.: SWR2 Wissen Manuskriptdienst. Baden-Baden, S. 8.

Sack, M.: Salutogenese: warum bleibt wer gesund? In: Berichte zur Suchtkrankenhilfe. Paradigmenwechsel in der Sucht – nicht: was macht uns krank, sondern: was hält uns gesund. XVI. Niedersächsische Suchtkonferenz am 09. September 2004.

Sackett, D. et al. (1997): Was ist evidenzbasierte Medizin und was nicht? In: Münchener Medizinische Wochenschrift, 139, S. 644-645.

Salameh, W. A. (2007): Humor in der integrativen Kurzzeittherapie. Ein interaktives Übungsbuch. Stuttgart: Klett-Cotta.

Samson, A. (2012): The influence of empathizing and systemizing on humor processing: Theory of Mind and humor. In: HUMOR. International Journal of Humor Research. Band 25, Heft 1. Berlin: De Gruyter. S. 75-98.

Sassenrath, S. (2001): Humor und Lachen als Stressbewältigungsstrategie - Evaluation des 8 Stufen Humor-Trainingprogramms zur Wiederentdeckung und

Stärkung des Sinnes für Humor nach Dr. Paul McGhee. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Wien.

Scheipers, R. (1984): Therapeutische Konzepte der Suchtbehandlung. Amtliche Mitteilung der Landesversicherungsanstalt für Arbeitnehmer (LVA) Rheinprovinz, 5, S. 237-242.

Schopenhauer, A. (1819/1991): Die Welt als Wille und Vorstellung II. Zürich: Haffmanns Verlag.

Schimmelpfeng-Schütte, R. (2010): Innovationshemmnisse der sozialgerichtlichen Praxis. In: Fischer, M.G.; Meyer, S. (2010): Gesundheit und Wirtschaftswachstum.

Schupp, J.; Glatzer, W. (2014): Indikatoren, soziale. In: Edruweit, G. et al. (2014): Wörterbuch der Soziologie. Auflage. Konstanz und München: UVK. S. 177-179.

Recht, Ökonomie und Ethik als Innovationsmotoren für die Medizin. Heidelberg: Springer.

Schmid, W. (2007): Mit sich selbst befreundet sein. Von der Lebenskunst im Umgang mit sich selbst. Frankfurt: Suhrkamp.

Schmidt-Hidding, W. (1964): Humor und Witz. In: Sprachwissenschaftliches Colloquium (Hrsg.): Europäische Schlüsselwörter. Band I. München: Max Hueber.

Schmitt-Rodermund (1999): Entwicklungsorientierte Prävention am Beispiel des Drogengebrauchs im Jugendalter. In: Oerter, R. et al. (Hrsg.): Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz. S. 425.

Schöneck, N; Voß, W. (2005): Das Forschungsprojekt. Planung, Durchführung und Auswertung einer quantitativen Studie. Wiesbaden. VS Verlag.

Schütz, K.-O. (1964): Witz und Humor. In: Sprachwissenschaftliches Colloquium (Hrsg.): Europäische Schlüsselwörter. Band I. München: Max Hueber. S. 161-244.

Schwoon, D. (1992): Suchtkrankenversorgung: Therapie oder Verwaltung? In: Götze, P. ; Mohr, M. (Hrsg.): Psychiatrie und Gesellschaft im Wandel, Regensburg: Roderer, S. 119-132.

Süß, H.-M. (1995): Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. Psychologische Rundschau, 46. S. 248-266.

Strotzka, H. (1976): Witz und Humor. In: Eicke, D. (Hrsg.): Die Psychologie des XX. Jahrhunderts. Band II: Freud und die Folgen (1). Zürich: Kindler. S. 305-321.

Szasz, Th. (1980): Das Ritual der Drogen. Frankfurt: Fischer.

Simmel, E. (1948): Alcoholism and Addiction. The Psychoanalytic Quarterly, 17. p. 6-31.

Sindermann, T. (2009): Über praktischen Humor. Oder eine Tugend epistemischer Selbstdistanz. Würzburg: Königshausen & Neumann.

- Sonnenmoser, M (2002): Psychoanalyse bei Suchtpatienten: Rechtzeitig entgegensteuern. In: Deutsches Ärzteblatt. PP 2, Ausgabe Dezember 2003, S. 561. [www-Dokument] verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/39747/Psychoanalyse-bei-Suchtpatienten-Rechtzeitig-entgegensteuern> [Datum 20.08.2013].
- Staub-Bernasconi, S. (1995): Systemtheorie, soziale Probleme und soziale Arbeit: lokal, national, international - Oder: vom Ende der Bescheidenheit. Bern: Haupt.
- Steinke, I. (1999): Kriterien qualitativer Forschung. Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung. Weinheim: Juventa.
- Strotzka, H. (1957): Versuch über den Humor. Psyche, 10. S. 597-609.
- Titze, M. (1995): Die heilende Kraft des Lachens. Mit Therapeutischem Humor frühe Beschämungen heilen. München: Kösel.
- Titze, M. (1996): Es braucht Mut, lächerlich zu sein. In: Solothurner Zeitung, 11.10.1996. [www-Dokument] verfügbar unter: [http://www.michael-titze.de/content/de/kongresse/kongress\\_011.html](http://www.michael-titze.de/content/de/kongresse/kongress_011.html) [12.02.2008].
- Traue, Harald C. (1998): Emotion und Gesundheit. Die psychobiologische Regulation durch Hemmungen. Berlin: Spektrum.
- Trybek, M. (2005): Über die Kunst des Scheiterns... als Basis des Gelingens. Ein-Sichten eines Clowns. In: Österreichische Krankenhauszeitung (ÖKZ). 46. Jahrgang (2005), 09, S. 22-23.
- Tschann, J. (1994): Initiation of substance abuse in early adolescence. In: Health Psychology, 4, 1994.
- Tumlirz, O. (1927): Einführung in die Jugendkunde. Leipzig: Klinkhardt.
- Uekermann, J.; Daum, I. (2007): Toward a cognitive and social neuroscience of humor processing. Social Cognition. Vol.25, No. 4, 2007, pp. 553-572.
- Uekermann, J. et. al (2006): Theory of mind, humour processing and executive functioning in alcoholism. Addiction, 102, pp. 232-240.
- Uhl, A. (2009): Absurditäten in der Suchtforschung. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 2009; 32. S. 19-39.
- Uhl, A. (2012): Methodenprobleme bei der Evaluation komplexerer Sachverhalte. In: Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention. Berlin: RKI, 2012, S. 57-78.
- Uhl, A. (2013): Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Kontra. In: Suchttherapie. Prävention, Behandlung, wissenschaftliche Grundlagen. August 2013, 14. Jahrgang. Stuttgart: Thieme-Verlag. S. 112-113.
- Universal Bibliothek (Hrsg.) (1979): Aristoteles: Poetik. Stuttgart: Reclam.

- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2002): Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven. Eine Expertise des Lehrstuhls für Versorgungssystemforschung – Humboldt-Universität zu Berlin. DRV-Schriften, Band 32. Frankfurt.
- Veltrup, C. (2002): Illegale Drogen (Psychotherapie). In: Fengler, J. (Hrsg.): Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung – Therapie – Prävention. Landsberg: ecomed-Verlag.
- Walter, Marc et al. (2007): Humour therapy in patients with late-life depression or Alzheimer's disease: a pilot study. International Journal of Geriatric Psychiatry.
- Wienberg, G. (1994): Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wild, Barbara (2009): Humor und Gehirn. Neurobiologische Aspekte. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 1, 2010. Online publiziert: Springer. S. 31-35.
- Wills, T.A. (1990): Stress and coping factors in the epidemiology of substance use. In: Kozlowski, H.M. et al. (eds.): Research advances in alcohol and drug problems (pp. 215 -250). New York: Plenum Press.
- World Health Organization Expert Committee on Addiction-Producing Drugs. Thirteenth Report (1964): World Health Organization, p. 9.
- Wydler et al. (Hrsg.) (2000): Salutogenese und Kohärenzgefühl: Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Weinheim: Juventa.
- Zentralinstitut für seelische Gesundheit (o. J.): [www-Dokument] verfügbar unter: <http://www.zi-mannheim.de/forschung/abteilungen/sucht.html> [Datum 06.09.2013].
- Zijderveld, A. (1976): Humor und Gesellschaft. Eine Soziologie des Humors und des Lachens. Graz: Styria.
- Ziv, A. (1984): Personality and Sense of Humor. New York: Springer.

## Anhang

Humor-Sensibilisierungs-Programm .....	194
Aushang.....	315
Untersuchungsergebnisse.....	316
Messinstrumente.....	339
Eidesstattliche Versicherung.....	363





Humor-Sensibilisierungs-Prorogramm

Manual zur

# Sensibilisierung Stärkung und Verbesserung des Sinnes für Humor

---

- im Rahmen der Promotion zum Thema  
„Relevanz des Humors als Ressource in der  
Sozialen Arbeit mit Rehabilitanden der  
Suchtkrankenhilfe “  
an der Philipps-Universität Marburg,  
Fachbereich Erziehungswissenschaften -

---

In Anlehnung an „Humor as Survival  
Training for a Stressed-Out World – The  
7 Humor Habits“, Paul E. McGhee, 2010  
übersetzt aus dem Amerikanischen  
durch Sabine Link  
mit freundlicher Genehmigung durch  
Paul McGhee

---

Einführung	4
<b>Stufe 1: Umgeben Sie sich mit dem Humor, den Sie mögen und denken Sie an Ihren natürlichen Sinn für Humor</b>	<b>15</b>
Theorie	15
Gruppensitzung	16
Übungen	20
Weitere Übungen	22
<b>Stufe 2: Kultivieren Sie eine spielerische Einstellung</b>	<b>26</b>
Theorie	26
Gruppensitzung	31
Übungen	32
Weitere Übungen	35
<b>Stufe 3: Öfter und herzlich lachen</b>	<b>40</b>
Theorie	40
Gruppensitzung	42
Übungen	43
Weitere Übungen	44
Stufe 4: Schaffen Sie Ihren eigenen wörtlichen Humor	46
Stufe 4a: Witze und lustige Geschichten erzählen	46
Theorie	46
Gruppensitzung	53
Übungen	55
Stufe 4b: Wortspiele als Fundament für den wörtlichen Sinn für Humor	56
Theorie	56
Gruppensitzung	64
Übungen	66
Weitere Übungen	68
<b>Stufe 5: Finden Sie jeden Tag Humor</b>	<b>70</b>
Theorie	70
Gruppensitzung	77
Übungen	79
Weitere Übungen	81

<b>Stufe 6: Nehmen Sie sich leicht und lachen Sie über sich selbst</b>	<b>83</b>
<b>Theorie</b>	<b>83</b>
<b>Gruppensitzung</b>	<b>91</b>
<b>Übungen</b>	<b>93</b>
<b>Weitere Übungen</b>	<b>94</b>
<b>Stufe 7: Finden Sie Humor inmitten der Belastung</b>	<b>97</b>
Theorie	97
Gruppensitzung	106
Übungen	109
<b>Stufe 8: Integrieren Sie die Stufen 1 bis 7 in Ihr tägliches Leben</b>	<b>112</b>
Theorie	112
Gruppensitzungen	116
Übungen	118
Übungen für die kommenden Monate	120

## **Einführung**

In Deutschland und ebenso in vielen anderen Ländern stoßen die Menschen an ihre Grenzen, wenn es um Strategien zur Bewältigung von Krisen, Stress, Lebensbelastungen geht. Mehr als jemals vorher brauchen wir alle spezielle Kenntnisse und Kompetenzen, die uns die emotionale Elastizität geben, die wir in einer immer mehr total gestressten Welt benötigen, um zu überleben. Ihr Sinn für Humor ist derjenige Satz von Kenntnissen und Kompetenzen, die für das Zusammentreffen mit den Herausforderungen des Lebens für Ihr emotionales Überleben notwendig sind.

Dieses Humor-Sensibilisierungsprogramm wird Ihnen zeigen, wie Sie die grundlegenden Humor-Gewohnheiten entwickeln können, um den eigenen Sinn für Humor anzuwenden, um belastenden Situationen gewachsen zu sein. Es gibt einzelne Personen und auch Gruppen, die dieses Programm eingesetzt haben, um zu lernen, ihren Sinn für Humor einzusetzen, um mit der Belastung in ihren Leben fertig zu werden. Während viele Menschen aus eigener Erfahrung wissen, dass das Programm „funktioniert“, haben Studien die Wirksamkeit dieses Programms in den USA, Österreich, der Schweiz, Deutschland und Australien dokumentiert. Es wird auch bei Ihnen funktionieren: Alles, was Sie tun müssen ist, über einen Zeitraum von acht Wochen die Zeit, Energie und Spaß daran mitbringen, um die jeweils besprochenen Humor-Gewohnheiten zu sensibilisieren, aufzubauen, sie zu verinnerlichen. Das wird Ihnen helfen, mit den vielfältigen Belastungen in Ihrem Leben fertig zu werden

### **Warum sich anstrengen, den eigenen Sinn für Humor zu verbessern?**

Mit etwas Glück haben Ihnen Ihre Eltern einen gesunden Sinn für Humor vorgelebt, als Sie aufwuchsen. Sie wussten, dass ein gesunder Sinn für Humor geradezu wie die Federung in ihrem Auto ist. Bildlich gesprochen, dämpft er die holperigen Stellen auf der Straße des Lebens und hilft Ihnen dabei, das Ziel Ihres Lebens zu erreichen, ohne in jedem Schlagloch der Straße stecken zu bleiben.

## **Nutzen für die Gesundheit**

Dieses Manual berücksichtigt die Ergebnisse der bisherigen Forschungsarbeiten zu den physischen, geistigen und emotionalen Auswirkungen von Humor und Lachen auf die Gesundheit. Diese Auswirkungen umfassen die allgemeinen gesundheitsfördernden Funktionen wie ein stärkeres Immunsystem, reduzierte Blutwerte bei den Belastungshormonen, Schmerzverminderung sowie die dokumentierten Einflüsse auf die Gesundheit im Zusammenhang mit spezifischen Krankheiten einschließlich der ischämischen Herzkrankheit, Asthma, chronische hemmende Lungenstörung, Arthritis, Hautallergien und Zuckerkrankheit.

Die spezifischen Mechanismen, die zur Linderung oder Heilung dieser Krankheiten beitragen, sind immer noch nicht ausreichend erforscht, aber reduzierte Werte bei den Belastungshormonen und ein leistungsfähigeres Immunsystem sind einige der nachweisbaren Effekte. Eines ist sicher klar: Humors kann ein positives Gefühl erzeugen und ein schlechtes in ein gutes Gefühl wenden, wenn Sie sich ärgern, Angst haben oder niedergeschlagen sind. Darin liegt eine Schlüsselfunktion aller gesundheitsfördernder Mechanismen des Humors.

## **Das Verwenden des Humors, um mit Belastung fertig zu werden**

Es gibt einen enormen Fundus von Belegen dafür, dass Ihr Sinn für Humor ein stark Verbündeter bei der Bewältigung mit jeglicher Lebensbelastung sein kann. Die Belastung erreicht mittlerweile epidemische Niveaus bei den Menschen in allen sozioökonomischen Schichten. Wenn Sie noch das Glück einer Arbeit haben, dann wissen Sie, dass sich die beruflichen Belastungen in den letzten Jahren erhöht haben. In den letzten 15 Jahre haben jedoch eine steigende Zahl von nordamerikanischen Unternehmen (langsam) gelernt, Humor und Spaß in die tägliche Arbeit zu integrieren - und diese Zunahme ist das Ergebnis ihrer Bemühungen, um wirksame Mittel für ihre Angestellten zu finden, um die Angestellten dabei zu unterstützen, den steigenden Arbeitsbelastungen zu begegnen. Humor wird als eine hilfreiche Kompetenz anerkannt, um gesund zu bleiben bzw. um die eigene Gesundheit zu erhalten, ein gesundes Endergebnis zu unterstützen und herbeizuführen. Emotionale Intelligenz wird zunehmend als entscheidend für jede erfolgreiche Organisation

angesehen, und der Humor ist eine Schlüsselkompetenz der emotionalen Intelligenz im Umgang mit den eigenen Gefühlen und den Gefühlen anderer Menschen.

### **Das wachsende Interesse an der Sensibilisierung des Sinnes für Humor**

Mit dem Bewusstsein um den vielfältigen Nutzen des Humors ist auch das Interesse daran gewachsen, die erforderlichen Fähigkeiten zu entwickeln, mit denen man jenen Nutzen für sich erlangt. Patienten, die schwere Erkrankungen überstehen (oder sich von ernsten Verletzungen erholen), gehetzte und überarbeitete Angestellte, Manager, Betriebsleiter die effektiver kommunizieren oder Produktivität erhöhen wollen, Eltern, die versuchen, Kinder zu erziehen und die Selbsthilfe, die mit den modernen Herausforderungen fertig werden möchte, Gruppen und die Personen, die Interesse am persönlichen Wachstum zeigen - alle wollen lernen, fröhlicher zu sein. Berater und Psychotherapeuten erkennen mittlerweile im Humor eine ernstzunehmende Bewältigungsstrategie und -kompetenz für ihre Patienten. Schnell hat sich das „therapeutische Gelächter“ durchgesetzt; die Anzahl der "Lach-Yoga" Gruppen in den USA und in vielen anderen Ländern ist gestiegen. Ein anderes Bewusstsein ist das positive Ergebnis von diesem wachsenden, den förderlichen Einfluss des Humors zu erfahren und zu spüren.

### **Für wen ist das Humor-Sensibilisierungsprogramm bestimmt?**

Dieses Programm konzentriert sich auf die verschiedenen Stufen, die für das Entwickeln eines gesunden Sinnes für Humor erforderlich sind, mit dem Sie die steigenden Belastungen in Ihrem Beruf und anderswo in Ihrem Leben meistern können, und der einen so bedeutenden Beitrag zu Ihrem täglichen Glück und Erfolg leistet. Kein anderes Programm beschreibt einen solch ausführlichen Weg, um diese Fähigkeiten zu entwickeln und Ihnen im Alltag jederzeit den Zugang dazu zu öffnen.

Das Programm ist besonders für den vernachlässigten Sinn von Humor entworfen, aber Sie werden dennoch Nutzen haben, wenn Sie bereits einen gesunden Sinn für Humor besitzen. Glauben Sie, Humor verkümmere nur, wenn Sie vergessen oder am Ende nie gelernt haben, wie man Humor genießt oder zeigt? Vielen Menschen erging es bei vollkommen intaktem Humor ebenso, nur wegen der steigenden Belastung, ist ihnen ebenfalls der Humor

abhandengekommen. Diese sind Menschen haben ihre Fähigkeit verloren haben, sich zu erfreuen und spielerisch miteinander umzugehen, selbst wenn alle um sie herum das tun. McGhee berichtet von Menschen in seinen Seminaren, die zu ihm sagen: „Wissen Sie, ich pflegte es immer, einen großen Sinn für Humor zu haben. Ich war derjenige, der es pflegte, immer die leichte Seite von Dingen zu sehen. Aber irgendwo entlang dem Weg verlor ich es....“ Diese Leute sind dem Erlegen, was Paul McGhee den „Ernst im Endstadium“ (Terminal Seriousness) nennt. Es gibt im Deutschen einen sehr bildlichen Ausdruck für diese pathologische Ernsthaftigkeit: „Tierischer Ernst“ – eine Aachener Karnevalsgesellschaft verleiht jährlich einen Orden „Wider den tierischen Ernst“ an Personen des öffentlichen Lebens, die sich um den Humor verdient gemacht haben.

Wenn es Ihnen oder jemandem, den Sie lieben, ähnlich geht, sollten Sie begreifen, dass diese „Ernsthaftigkeit im Endstadium“ einen Menschen auf Dauer umbringen kann. Sie bringt Sie um die Qualität Ihres Lebens! Es tötet Ihre Lust am Leben, die Lebendigkeit, die Heiterkeit und der Spaß in und an Ihrem Leben. In diesem Sinn ist sie der klinischen Depression ähnlich. Sie kann sogar Ihre Leistungsfähigkeit im Beruf zerstören, weil diese Ernsthaftigkeit im Endstadium Sie - sowohl bei der Arbeit als auch in Ihrem persönlichen Leben – zusätzlich belastet. Unter der steigenden Arbeitsbelastung, den Beziehungsproblemen, gesundheitlichen und finanziellen Probleme, Terrorandrohungen und vielem mehr, ist die Anzahl der Menschen gestiegen, die heute unter dem „Ernst im Endstadium“ leiden. Glücklicherweise jedoch muss dies kein Dauerzustand sein. Indem Sie mindestens je eine Woche lang für jede der beschriebenen Humor-Facette in diesem Programm investieren, lernen Sie Ihre emotionalen Rettungsanker kennen, um für immer jeder zukünftigen Verwundbarkeit, dem „Ernst im Endstadium“ zu entkommen.

Wir gehen üblicher Weise davon aus, dass gerade der ernste Angestellte seiner Arbeit am besten nachkommt. Aber stellen wir uns zwei gleichermaßen fähige und kompetente Angestellte vor, die die gleiche Arbeit erledigen und die vergleichbar motiviert sind, ihre Arbeit gut zu tun. Und wollen weiter wir annehmen, dass die Belastung in ihrer Arbeit vergleichbar hoch ist. Die- / Derjenige mit der „Ernsthaftigkeit im Endstadium“ wird wohl auf lange Sicht,

ihre / seine Arbeit weniger effizient erfüllen. Warum? Weil sie / er wahrscheinlich verwundbarer sein wird, eher zu Burnout neigt und unter geringerer Zufriedenheit mit ihrer / seiner Arbeit niedrigerer Arbeitsmoral leidet. Sie / er wird angesichts wachsender Arbeitsanforderungen, unvorhersehbarer Krisen und der Unklarheit über einen sicheren Arbeitsplatz weniger flexibel sein. Sie / er wird im Beruf weniger glücklich sein und wesentlich weniger Vergnügen mit seiner Arbeit verbinden, die sie / er tun muss. Ein gesunder Humor hilft, alle diese Umstände wieder positiv zu sehen, sie zumindest nicht mehr zu sehr abzulehnen.

Viele von uns sind für lange Zeit so ernst gewesen, dass sie ein anderes unerwünschtes Syndrom erworben haben. McGhee nennt es: Erworbenes Unterhaltungsmangel-Syndrom oder „Erworbene Schwermut“. Es zerstört Ihren Sinn für Heiterkeit und Lebendigkeit und belastet Sie täglich mit einer beharrlich schlechten Stimmung, so dass die Schwierigkeiten und Hindernisse darunter wachsen und gedeihen können.

Wenn Sie unter dem „Erworbenen Unterhaltungsmangel-Syndrom“ leiden, sollten Sie Ihre Grundeinstellung verändern. Deshalb werden Ihnen die Programm-Anfänge dabei helfen, eine spielerischere Einstellung sowohl zu Ihrem Beruf als auch zu Ihren Beziehungen anzunehmen. Das bedeutet nicht, dass Sie Ihren Beruf und Ihre Beziehungen nicht mehr ernst nehmen sollen. Vielmehr werden sie erfahren, Freude im Beruf und im Umgang mit Kollegen und Freunden zu haben. Indem Sie den spielerischen Umgang sowohl in Ihren Beziehungen als auch in Ihrem Beruf kennenlernen und die Freude und den Spaß daran wiedergewinnen werden, wird Ihre Zufriedenheit und Ihr Erfolg in beiden Bereichen gesteigert.

### **Wie Sie von diesem Programm profitieren werden**

Dieses Programm wurde nicht konzipiert, um Sie zu einem Stand-Up-Comedian auszubilden, obwohl Sie Ihre Kenntnisse und Kompetenzen im Witze-Erzählen und andere komischen Sachen verbessern können. Es ist auch kein Programm, das Ihnen Techniken vermitteln wird, wie man eine Komödie schreibt, obwohl Sie viele Gelegenheiten haben werden, Ihren eigenen Humor kreativ zu schaffen, zu erleben und zu genießen. Die Absicht des Programms ist es einzig und allein, Ihren Sinn für Humor so zu bestärken, dass er Sie auch



an einem schlechten Tag nicht sofort wieder verlässt! Es lehrt Sie, wie Sie Ihren Sinn für Humor als mächtigen Helfer gegen die Belastungen in Ihrem Leben einsetzen. Und das wird er tun, wenn Sie einige grundlegende Humor-Facetten an Ihren guten Tagen einbauen, damit aufbauen und schärfen.

Die meisten Menschen, die an McGhees Humor-Seminaren teilnehmen, wollen erfahren, wie sie ihren Humor sofort und unmittelbar gegen die Belastungen in ihrem Leben einsetzen können. Leider geht das nicht ganz so einfach. Ihr Sinn für Humor wird Sie immer wieder verlassen, wenn Sie besorgt oder niedergeschlagen sind – solange, bis Sie die grundlegenden Facetten Ihres Sinnes für Humor entwickelt haben, wenn Sie nicht unter Belastung stehen. was sie umkippen lässt - es sei denn, dass Sie zuerst einige grundlegende Humor-Kenntnisse, Kompetenzen und Gewohnheiten entwickeln, wenn Sie nicht unter Belastung stehen. Dieses Programm wird Sie schrittweise dorthin führen.

Idealer Weise wenden Sie das Programm innerhalb einer Gruppe an, die sich regelmäßig trifft, um ihren Sinn für Humor gemeinsam zu stärken. Das Programm hat dann eine größere Wirkung, wenn Sie es mit mindestens einer anderen Person gemeinsam durchgehen und durchleben. Es gibt für jede der Facetten das sogenannte Home-Play – also Hausaufgaben -, einige spielerische Übungen für zu Hause. wird für jede Humor-Gewohnheit zur Verfügung gestellt. Es werden Ihnen einige Übungen vorgeschlagen, die Sie innerhalb einer Woche (und natürlich darüber hinaus) üben können, um die Fähigkeiten zu entwickeln, die mit jeder Facette des Humors einhergehen. Wie Sie sich wahrscheinlich denken können, machen Sie umso mehr Fortschritte, wenn sie die freiwilligen Hausaufgaben machen und vielleicht auch mal mehr Hausaufgaben machen. Was für Sie aus diesem Programm herauskommt, hängt von Ihrer Motivation und Ihrem Einsatz, den Sie dazu mitbringen. Sehen Sie es nicht als Arbeit an! Sie werden allein schon dann mehr Spaß in Ihrem täglichen Leben haben, wenn Sie die verschiedenen Facetten einüben!

## Die Humor-Facetten

Als **erste Facette (Stufe 1)** werden Sie die für die mehr Humor in Ihrem täglichen Leben stärken. Sie bekommen eine Orientierung, um Ihren gegenwärtigen Sinn für Humor besser zu verstehen und kennenzulernen. So werden Sie beginnen, die gegenwärtigen Stärken und Schwächen, Vorlieben und Abneigungen Ihres Sinnes für Humor zu erkennen, und Sie werden sehen, was sie in Ihnen hervorrufen und beeinflussen.

Die **zweite Facette (Stufe 2)**, betrifft zunächst nicht Ihren Sinn für Humor. Aber sie der Schlüssel zu Ihrem Erfolg für den Rest des Programms. Sie werden schlicht und einfach das Spielen für sich entdecken und es zu einer eigenen Facette kultivieren, so dass Sie immer darauf zugreifen können, wenn Sie sie benötigen. Aus diesem spielerischen Fundament entspringt Ihr eigener natürlicher Sinn für Humor. Der Humor ist eine Form des geistigen Spielens. Wenn sie sich also ganz allgemein wohl dabei fühlen, wenn Sie spielen, werden Sie natürlich auch freier dafür, Ihren Humor zu entdecken und ihn zu genießen. Jeder große Komiker kann diese spielerische Einstellung zum Leben jederzeit unmittelbar aktivieren.

Die **dritte Facette (Stufe 3)** des Humors besteht darin, öfter und herzlicher zu lachen, als Sie es gewöhnlich tun. Wieder ist das keine wirkliche Fähigkeit Ihres Humors; es ist mehr der Ausdruck eines – guten - Gefühls. Es wird hier mit eingeschlossen, weil man aus gutem Grund glaubt, dass einige der gesundheitsfördernden Wirkungen und der Unterstützung zur Alltagsbewältigung aus der physischen Tat des Lachens herrühren.

Die **vierte Facette (Stufe 4)** ist die erste wahre Facette Ihres ganz persönlichen Sinnes für Humor: Sie werden lernen, Zunächst werden Sie lernen, Witze und komische Geschichten zu erzählen, die Sie sich eingeprägt haben. Dazu werden Sie verschiedene Techniken der Sprachkomik erlernen, spezielle Aufmerksamkeit wird auf Wortspiele gelenkt. Sie werden dann damit beginnen, selbst und mit Ihren eigenen Worten spontane Komik zu erzeugen.

Die **fünfte Humor-Facette (Stufe 5)** konzentriert sich darauf, die leichten Seiten an den alltäglichen Ereignissen in Ihrem täglichen Leben zu entdecken. Vor allem damit können Sie den Humor bewusst gegen den Stress in Ihrem

Alltag einsetzen. Sie werden sehen, dass Sie dazu unzählige Gelegenheiten an jedem einzelnen Tag haben werden, Sie diese bisher nur nicht erkannt haben. Sie werden erleben, wie man komisch sieht und komisch denkt.

Die **sechste Facette des Humors (Stufe 6)** schenkt Ihnen die Gabe, über sich selbst zu lachen. Sie werden lernen, sich über Ihre eigenen Fehler und die Eigenarten zu amüsieren, die Sie selbst nicht besonders mögen. Sie werden lernen, sich selbst weniger ernst zu nehmen und Ihre Arbeit und Verantwortungen trotzdem auch weiterhin ernst zu nehmen.

Schließlich gibt Ihnen der **siebte und letzte Humor-Facette (Stufe 7)** den Zugang zu allen bisher kultivierten Facetten, und Sie werden Sie an allen schlechten Tagen einsetzen könne. So führt Sie diese Facette dazu, an der Verwendung Ihrer geistigen Anlagen zu arbeite, Komik mit Ihrer Sprache zu schaffen, das Lustige in täglichen Situationen zu entdecken und Freude an sich selbst auch inmitten anstrengender Situationen zu finden. Ebenso wichtig ist diese Übung natürlich auch für die grundlegend spielerische Einstellung in Ihnen selbst, wenn Sie unter Belastung stehen.

In der letzten Woche des Programms (**Stufe 8**) werden Sie alles Gelernte zusammenführen, Sie werden alle Kenntnisse und Kompetenzen und im Programm entwickelte Facetten Ihres Sinnes für Humor miteinander verbinden, so dass Sie spontan und sofort jede Ihrer Facette aktivieren können. Nachdem Sie sich bisher jeweils auf eine Facette Ihres Humors konzentriert haben, sind Ihnen möglicherweise die Errungenschaften der vorherigen Facetten wieder verloren gegangen, sobald Sie sich auf eine neue konzentriert haben. Damit sich nun alle sieben Facetten gemeinsam in Ihnen festigen können, sollten Sie sich nun auf alle sieben Facetten gemeinsam konzentrieren. Um alle Gewohnheiten zu einem dauerhaften Teil Ihrer Persönlichkeit werden zu lassen, brauchen Sie Zeit...

Sie werden bereits erheblichen Gewinn daraus ziehen, wenn Sie jeweils lediglich eine Woche investieren, um jede der sieben Facetten Ihres Humors zu kultivieren und verinnerlichen. Noch größeren Gewinn werden Sie aus dem Programm ziehen, wenn Sie es mit einem Partner oder einer Gruppe durchführen; Sie können sich so über Ihre Erfahrungen im Verlaufe des

Programms austauschen.

### **Hintergrundwissen, das in jede Humor-Facette einführt (Theorie)**

Alle wichtigen Aspekte einer Facette des Humors werden zu Beginn jeder Einheit ausführlich besprochen, bevor Sie mit den damit verbundenen Übungen beginnen. Dies ist hilfreich und unterstützend, um Ihr Verständnis von Humor um diese Facette zu bereichern. Die Materialien werden Ihnen bei den Übungen helfen und Ihnen hilfreich sein, Ihre Fragen zu beantworten.

### **Übungen**

Am Ende jeder Stufe werden Sie eine Liste von Übungen finden, um die Einheit in der folgenden Woche weiter zu vertiefen und die hier entdeckte Facette des Humors weiter zu entwickeln oder zu schärfen.

Um Ihren Humor dauerhaft zu stärken, müssen Sie ihn tatsächlich einsetzen. Egal wie viele Sitcoms, Komödien oder Filme Sie auch immer sehen, Sie werden Ihren Humor nur dadurch einsetzen lernen, wenn Sie ihn aktiv und selbst erzeugen und entdecken. So wie keiner jemals bei den Olympischen Spielen gesiegt hat, indem er anderen beim Training zusah, werden Sie weder durch Zuhören oder durch schlaue Bücher lernen, Ihren Humor aktiv gegen die Belastungen im Alltag zu nutzen. Sie müssen die Fähigkeiten Ihres Humors unbedingt selbst und aktiv entwickeln. Die Übungen werden Ihnen zeigen und verdeutlichen, wie Sie die - mit den unterschiedlichen Humor-Facetten einhergehenden – Fähigkeiten entwickeln können.

Für jede Stufe erhalten Sie Arbeitsblätter mit dem Titel „Weiterführende Übungen“: Dort werden Sie gebeten, Übungen durchzuführen und Fragen zu beantworten. Diese Kapitel werden immer eine lange Liste von Themen enthalten, über die Sie nachdenken sollten. Sie beinhalten Fragen für Sie, die die jeweilige Einheit betreffen. Sie sollten der Versuchung entschieden entgegenstehen, diese Übungen zu überspringen. Sie werden nämlich feststellen, dass gerade das Durcharbeiten der Übungen die Humor-Facetten stärken wird. Die wichtigen Aspekte werden im Zusammenhang mit jeder Einheit in den weiterführenden Übungen bearbeitet. Sie sind für die Stärkung und die Bildung einer beständigen Gewohnheit in Ihrem täglichen Leben

entscheidend.

Sie werden nicht alle Übungen und weiteren Übungen zu jeder Einheit durchgehen können. Eine Vielzahl von Übungen steht Ihnen zur Verfügung, damit jede / jeder diejenigen Übungen auswählen kann, die ihr / ihm persönlich Freude machen. Das Wichtigste ist, aktiv bei jeder Einheit mit Übungen dabei zu sein. Sie müssen nicht alle Übungen durchführen, um in jeder Einheit Fortschritte zu machen. Und doch: je mehr Übungen Sie machen, desto größer wird natürlich Ihr Fortschritt sein – Sie werden schneller erfahren, Humor gegen Belastungen einzusetzen.

### **Ihr persönliches Humor-Tagebuch**

Zu Beginn des Programms sollten Sie sich auch ein Notizbuch anschaffen, in das Sie schriftliche Ergänzungen notieren, während Sie die mit jeder Einheit verbundenen Übungen durcharbeiten, sie sich aneignen, sich selbst entwickeln.

Dieses Humor-Tagebuch sollten Sie während des Sensibilisierungsprogramms kontinuierlich verwenden. Das Tagebuch wird Sie dabei unterstützen, den Erfahrungen nachzugehen, sich an das Geleistete zu erinnern und Beobachtungen festzuhalten, die Sie im Zusammenhang mit den Übungen einer jeden Einheit gemacht haben. Dieses Tagebuch sollte ein kleines Notizbuch sein, das Sie zu jeder Zeit bei sich haben können, so dass Sie spezifische lustige Ereignisse und Dinge notieren und festhalten können, die Sie während eines Tages erleben oder sehen; ansonsten werden Sie sie sicher bald vergessen. Sie verarbeiten jede mit der entsprechenden Einheit verbundene Beobachtung darin und registrieren Ihre Beobachtungen und Ideen aus Ihren Übungen und den weiterführenden Aufgaben.

## Die erste Stufe

### Theorie

Die **erste Stufe** besteht darin, sich tagtäglich Ihrem eigenen Humor anzuvertrauen, der vielen Gesundheit und anderen Nutzen beschert. Die Menschen tun das auf verschiedene Arten: wenn sie Sitcoms im Fernsehen oder lustige Filme im Kino oder Cartoons ansehen, sooft sie die Zeitung aufschlagen, wenn sie ihre Freizeit mit lustigen Freunden und Kollegen verbringen und natürlich durch ihren eigenen Humor, den sie ins tägliche Leben einbringen.

Zweierlei sollen Sie hier tun: Zunächst sollen Sie einen Sinn dafür entwickeln, in Humor zu baden (denn es geht darum, sich rundherum wohl und vielleicht auch etwas übermütig zu fühlen in seinem Humor – wie etwa in einer warmen Badewanne), wann immer die Gelegenheit dazu kommt – und wenn es passend scheint. Damit zu beginnen wird es Ihnen erleichtern, die daran anknüpfenden speziellen Facetten Ihres Humors im Folgenden konzentriert zu entwickeln. Zum zweiten sollen Sie Ihren eigenen Sinn für Humor besser verstehen lernen.

### Vertiefen Sie sich in den Humor

Wenn Sie Ihrer Meinung nach einen schlecht entwickelten Sinn für Humor oder ein allgemein ernstes Verhalten haben, hat Humor wahrscheinlich bisher keine bedeutende Rolle in Ihrem Leben gespielt. Die leichteste Weise anzufangen, dies zu ändern, geht am einfachsten, indem Sie mehr Dinge in Ihren Alltag einbauen, die Sie fröhlich und lustig stimmen. Verbringen Sie mehr Zeit mit Menschen, die Sie zum Lachen bringen. Finden Sie komische Filme, Fernsehprogramme und Komödien-DVDs. Schauen Sie sich die Cartoons in Zeitschriften und anderen Veröffentlichungen an. Baden Sie in Humor, wo auch immer Sie ihn finden können. Das wird Ihnen nicht nur Spaß machen, Sie werden Ihren eigenen Sinn für Humor besser verstehen, weil Sie beginnen, über Ihre Reaktionen zu verschiedenen Arten des Humors aktiv nachzudenken. Es wird den heiteren, spielerischen Blick auf Ihre täglichen Beziehungen zu

Menschen schärfen und es Ihnen erleichtern, mehr Humor in Ihrem eigenen Leben zu bemerken. Es wird Ihnen Lust und Freude bereiten, Ihren Sinn für Humor zu schärfen.

Die zu dieser Stufe vorliegenden Übungen werden Ihnen dabei helfen, diese verstärkte Auseinandersetzung zugunsten Ihres Humors zu nutzen. Diese zusätzliche Vertiefung in Ihren Humor gleich zu Beginn ist viel wichtiger als Sie vermuten. Sie wird Ihnen helfen, ein Fundament zu bauen, um Ihren ganz persönlichen Sinn für Humor zu stärken.

## **Übungen Stufe 1**

Die erste Gruppensitzung dient dazu, die Absichten und Erwartungen der Teilnehmer (TN) im Humor-Sensibilisierungsprogramm zu erfahren. Es sollen möglichst viele Übungen und Fragen besprochen werden. Das gilt auch für alle zukünftigen Sitzungen.

Die Themen können zuerst in Paaren besprochen werden, dann kann die Gruppe geöffnet werden, so dass es zum Gruppengespräch als Ganzes kommen kann.

### **Einführung**

Für den Fall, dass sich einige Teilnehmende nicht kennen, wird eine Vorstellungsrunde auf spielerische Art und Weise stattfinden.

### **Absichten, die Sie erreichen wollen und Erwartungen, die Sie haben**

Die TN bilden Paare und beschreiben, was sie gerne mit dem Programm erreichen möchten. Zum Beispiel, welche Aspekte ihres Sinns für Humor sie besonders gern verbessern würden. Ist die Gruppe klein, können die Absichten auch direkt in der ganzen Gruppe beschrieben werden.

### **Eröffnende, lustige Tätigkeit**

Jede Sitzung beginnt mit einem lustigen Spiel, um die Gruppe in eine spielerischere Stimmung zu bringen. Das Spiel lädt zum spielerischen – oder aber auch albernem – Miteinander ein, keinesfalls aber soll es ein Wettbewerb sein. Die Gruppenleitung wird für die erste Sitzung ein Spiel vorbereiten. Im Weiteren können aber Freiwillige sich dazu bereit erklären, jeweils eine lustige Tätigkeit für jede der restlichen Sitzungen vorzubereiten.

Die TN sollen auch ihre Lieblingsspiele aus der Kindheit spielen dürfen. Sie können so die spielerische Einstellung wirkungsvoll wiedererwecken, was wiederum ihren Sinn für Humor anstößt.



## **Was ist Humor?**

Die TN wissen, wann sie etwas lustig finden, aber haben sie je über eine Definition für Humor nachgedacht? Die TN werden nach ihren Definitionen für Humor gefragt und es wird geschaut, ob ein Konsens gefunden werden kann. Mögliche Fragen an die TN: Was heißt es zu sagen: Ich habe Humor? Was wollen Sie wirklich ausdrücken, wenn Sie sagen, dass Sie etwas lustig finden?

## **Humorbegriffe**

In kleinen Gruppen sollen so viele Begriffe wie möglich aufgeschrieben werden, die mit Humor und Lachen in Verbindung stehen. Dies hilft dabei, die Unterschiede im Humor zu charakterisieren.

## **Den eigenen Sinn für Humor beschreiben**

Die TN werden gebeten, einem Partner ihren Sinn für Humor zu beschreiben. Dazu sollen alle Wörter benutzt werden, die ihnen einfallen. Wenn die Zeit es erlaubt, können folgende Punkte besprochen werden:

1. Welches Medium für Humor mögen Sie am liebsten (Filme, Kabarett, Cartoons in Heften, Büchern, Literatur, Sitcoms...)?
2. Welche sind Ihre Lieblingssitcoms, -filme, -kabarettisten, -cartoons? Warum mögen Sie sie?
3. Welche Art von Humor mögen Sie nicht oder finden Sie geschmacklos? Warum mögen Sie ihn nicht? Ärgert es Sie, wenn andere über etwas lachen, das Sie geschmacklos finden?

## **Analyse bestimmter Humorbeispiele**

Die TN werden gebeten, anhand verschiedener Witze oder Cartoons darüber zu diskutieren, warum der eine etwas lustig finden oder auch nicht. Dabei wird auch abwertender Humor vorkommen. Abwertender Humor im Allgemeinen wird thematisiert. Mögliche Fragen: Warum ist diese Art des Humors so verbreitet? Warum gibt es für die meisten Länder ein bevorzugtes Opfer in Witzen? Ist politischer Humor generell abwertend? Können Sie über Witze lachen, die andere

Menschen abwerten, auch wenn Sie nichts gegen diese Gruppe von Menschen haben?

### **Einflüsse auf den eigenen Sinn für Humor**

Die TN nutzen bestimmte Fragen aus dem Übungskatalog, um mit einem Partner über die Einflüsse auf ihren Sinn für Humor zu reden. Es sollen sowohl vergangene wie gegenwärtige Einflüsse berücksichtigt werden.

### **Unterschiede zwischen den Geschlechtern**

Mögliche Fragen, die thematisiert werden können: Welche Unterschiede zwischen den Geschlechtern haben Sie hinsichtlich des Humors bemerkt? Vorurteile können und sollen diskutiert werden.

### **Sich etwas vorstellen**

Die TN werden gebeten, an eine Zeit in Ihrer Kindheit zurück zu denken, in der sie viel gelacht haben: Stellen Sie sich eine bestimmte Situation vor, in der Sie viel Spaß hatten und gelacht haben. Erinnern Sie sich, was zu dieser Situation führte, wer dabei war und was Sie fühlten. Verbringen Sie in paar Minuten hiermit. Fragen Sie sich, ob Sie auch heute noch solche Situationen erleben.

Abschließend wird darüber gesprochen, welche Gefühle die TN während der Übung hatten.

### **Die negative Seite von Humor**

Das Sensibilisierungsprogramm beleuchtet die positiven Seiten von Humor. Humor kann jedoch auch negative Wirkung zeigen. Die TN werden gebeten, über alle negativen Wirkungen zu sprechen, die Ihnen einfallen. (z.B. 1. den Eindruck erwecken, man sei nicht reif, unprofessionell, unkompetent oder nicht ernsthaft bei einer Sache, 2. Menschen, die immer lachen, wenn ein anderer etwas Ernsthaftes besprechen will, 3. Unsensibilität was Zeit und Ort für Humor anbelangt, 4. beleidigende und anstößige Formen von Humor, 5. Menschen die über alles und jeden lachen.)

### **Ist es zu spät, den eigenen Sinn für Humor zu stärken?**

Mögliche Fragen: Sind Sie zu alt, um Ihren Sinn für Humor zu entwickeln? Ist es jemals zu spät, fröhlicher zu werden? Warum haben viele Menschen erst „später“ eine lockerere Art mit dem Leben und dem Beruf umzugehen als vorher?

(Optional) **Wählen Sie Partner**

Die TN werden größere Fortschritte in der Sensibilisierung ihres Sinns für Humor machen, wenn sie regelmäßig die Gelegenheit haben, mit jemand anderen über ihre Bemühungen zu sprechen. Das wird helfen, ihre Motivation zu stützen, das Aufgaben durchzuführen und wird zum Spaß beitragen, den Sie während des Programms haben werden.

## Übungen Stufe 1

[Anmerkung: Sie werden sicherlich feststellen, dass die Übungen zu jeder der verschiedenen Stufen mehr umfassen, als Sie während der Woche erledigen können. Daher ist es nicht notwendig, dass Sie das alle Übungen ausführen, aber doch die ein oder andere. Wählen Sie die Vorschläge, die an Sie am meisten ansprechen. Oder konzentrieren Sie sich auf die Bereiche, in denen Sie persönliche Schwächen sehen. Das Wichtige ist, dass Sie sich im Laufe der Woche aktiv mit einem Aspekt der Übungen kontinuierlich befassen.

Halten Sie ein Humortagebuch bereit, um zu dokumentieren, was Sie im Zusammenhang mit den Übungen, Ihren Beobachtungen, den Einblicken usw. erleben und wie Sie handeln. Das wird besonders nützlich für Sie sein, um Details zu benennen, wenn Stufe 1 in der Gruppe in der nächsten Woche besprochen wird.]

Übungen zu Stufe 1. Registrieren Sie Ihre Antworten in Ihrem Humortagebuch.

1) Finden Sie eine tägliche Hauptquelle für Humor heraus. Das können sein: Sitcoms oder andere Komödien im Fernsehen, Komödien in einem Theater oder im Kino, Cartoons in Büchern und Zeitschriften, CDs von Stand-Up-Comedians usw.

2) Wenn Sie an Ihre Lieblingskomiker denken, finden Sie heraus, welche deren Humor-Stile sind. Welche Aspekte des Stils jedes Komikers wirken auf Sie und scheinen auf Ihren Sinn für Humor zu passen? Überlegen Sie sich, diese Komiker zu kopieren – wenn es angenehm für Sie ist –, während Sie an der Entwicklung Ihres eigenen Sinns für Humor arbeiten.

3) Finden Sie einen Cartoon (idealer Weise jede Woche), der eine spezielle Bedeutung für Sie hat oder den Sie besonders komisch finden und platzieren Sie ihn in gutem Sichtfeld in Ihrem Zimmer (z.B. auf Ihrem Schreibtisch oder auf einer Pinnwand) oder zu Hause (z.B. auf dem Kühlschrank). Sehen Sie sich nach Cartoons um, die Sie mögen und die Sie regelmäßig zu einer Sammlung hinzufügen. Wenn Sie meinen, zu viele zu haben, sammeln Sie die alten Cartoons in einer Mappe und heben Sie sie auf, während Sie sie durch neue ersetzen. Sie können aus Ihren Lieblingscartoons eine Broschüre kreieren, in die Sie schauen

können, wann auch immer Sie ein Lachen vertragen können.

- 4) Lesen Sie einen komischen Roman.
- 5) Gehen Sie zu einer Komödie ins Kino oder sehen Sie eine Komödien-DVD an.
- 6) Sehen Sie unterschiedliche Sitcoms an und entscheiden Sie, welcher Sie am besten unterhält und warum. Verwenden Sie diese als eine Basis, um an Ihren eigenen Sinn für Humor zu bedenken.
- 7) Schaffen Sie sich ein Buch mit Witzen an und lesen Sie es darin, wenn Ihnen der Sinn danach ist.
- 8) Denken Sie an Ihren natürlichen Sinn für Humor und an Einflüsse auf dessen Entwicklung. Entwickeln Sie eine klare Ansicht von den starken und schwachen Aspekten Ihres Sinns für Humor. Wenn Sie mögen, notieren Sie Ihre Erkenntnisse in Ihrem Humortagebuch.

## Weitere Übungen Stufe 1

Verwenden Sie die Übungen, um Ihr eigenes Humor-Profil herauszuarbeiten. Notieren Sie Ihre Antworten in Ihrem persönlichen Humortagebuch.

### Ihr natürlicher bzw. Ihr gegenwärtiger Sinn für Humor

1. Machen Sie eine Liste Ihrer gegenwärtigen Lieblings-Sitcoms im Fernsehen.
2. Machen Sie eine Liste der Komödien, die Sie am meisten in den vergangenen Jahren genossen haben.
3. Welcher dieser Filme ließ Sie am meisten lachen?
4. Machen Sie eine Liste der Stand-up-Comedians, die Sie lustig finden. Wählen Sie aus dreien denjenigen raus, den Sie am meisten mögen.
5. Machen Sie eine Liste von den Comedians, die Sie gar nicht mögen (weil Sie sie ihren Humor dumm, langweilig, sexistische, unoriginell usw. finden).
6. Welches sind Ihre liebsten Cartoons in Zeitschriften, Magazinen und Zeitungen?
7. Wenn Sie an Ihre Freunde, Bekannte, Kollegen denken– wen finden Sie lustig? Wer bringt Sie oft zum Lachen?
7. Über welche Arten von täglichen Situationen können Sie Sie häufig lachen?
8. Zeichnen Sie in Ihrem Humortagebuch alles auf, die Ihren Humor-Vorlieben entspricht.
9. Ausgehend von den vorgenannten Überlegungen versuchen Sie nun, Ihren eigenen Humor zu beschreiben.

### Ihr Humor als Kind und als Heranwachsende/r

Eine der besten Möglichkeiten, den eigenen gegenwärtigen Sinn für Humor besser zu verstehen, besteht darin, dessen Entwicklung während der Kindheit und der Jugend einschließlich des Einflusses der Eltern und anderer bedeutender Menschen zu betrachten. Notieren Sie Ihre Antworten auf die folgenden Fragen in

Ihrem Humortagebuch.

1. Waren Sie eher ein spielerisches oder ernstes Kind?
  2. Beschreiben Sie, wie Sie sich an Ihren Sinn für Humor in der Kindheit erinnern.  
(Optional: Wenn Ihre Eltern noch leben, sprechen Sie mit ihnen darüber, wie Sie als Kind waren. Fragen Sie spezifisch, ob Sie mehr/weniger lachten als andere Kinder, ob Sie viele Rätsel und Witze erzählten, gern Schabernack trieben usw. Sie werden überrascht sein, dass deren Erinnerungen daran ihre eigenen klar zu schlagen vermögen.)
  3. Waren Sie ein lustiger Jugendlicher oder junger Erwachsener? Beschreiben Sie, wie Sie sich an Ihren Sinn für Humor in Ihrer Jugend und als junger Erwachsener erinnern.
  4. Schätzen Sie anhand der nachfolgenden Vier-Punkte-Skala, wie die fünf grundlegenden Arten und Möglichkeiten ein gesundes Verständnis des Humors zu zeigen, auf Sie zutreffen. Tun Sie das für A) die Grundschulalter, B) Jugendalter, und C) das frühe Erwachsenenalter.
- 1 - Sehr typisch für mich                      2 - Etwas typisch für mich  
3 - Nicht sehr typisch für mich              4 - Überhaupt nicht typisch für mich

	A) Grundschulalter	B) Jugendalter	C) frühes Erwachsenalter
Humor der anderen verstehen			
Humor initiieren			
Entdeckung des Humors im täglichen Leben			
Über sich selbst lachen			
Entdeckung des Humors unter			

Belastung			
-----------	--	--	--

Anhand dieser Einschätzung notieren Sie in Ihrem Humortagebuch, wie sich Ihr Sinn für Humor mit der Zeit hat verändert. Wenn Sie im mittleren Alter oder älter sind, berücksichtigen Sie auch Ihren Sinn für Humor im Laufe Ihrer Erwachsenenjahre.

### **Frühe Einflüsse auf Ihren Sinn für Humor**

Registrieren Sie Ihre Antworten in Ihrem Humortagebuch.

- 1) Wer hatte den größten Einfluss (positiv und negativ) auf die Entwicklung Ihres Sinns für Humor während Ihrer Kindheit, im Jugendalter und in den frühen Jahren als Erwachsener?
- 2) Beschreiben Sie den Sinn für Humor Ihrer Mutter.
- 3) Beschreiben Sie den Sinn für Humor Ihres Vaters.
- 4) Welche Ähnlichkeiten sehen Sie zwischen dem Sinn für Humor Ihrer Eltern und Ihrem eigenen?
- 5) Wie beeinflusste Ihre Mutter Ihren Sinn für Humor?
- 6) Wie beeinflusste Ihr Vater Ihren Sinn für Humor?
- 7) Wie beeinflussten andere Menschen (Großeltern, Onkel/Tanten, Nachbarn, usw.) Ihren Sinn für Humor?

(Optional: Zeigten Ihre Eltern einen Sinn für Humor im Umgang miteinander? Im Umgang mit Ihnen? In ihrer Art und Weise wie sie den täglichen Probleme begegneten? Können Sie sich an sie erinnern, ob sie einen allgemein spielerischen Stil im Umgang mit Ihnen während Ihrer Kindheit hatten? Waren sie Humor-Initiatoren? Lachten sie sehr laut? Konnten sie über sich selbst lachen? Reagierten sie positiv, wenn Sie etwas Komisches taten? Wenn Sie mögen, stellen Sie sich dieselben Fragen in Bezug auf Ihre Großeltern oder andere bedeutende Menschen in Ihrem Leben.

Nehmen Sie unbedingt auch negative elterliche Reaktionen in Ihre frühe Versuche es Humors mit auf. Einige Eltern finden, dass Humor und Spiel zu einer Lebenshaltung führen, durch die die Möglichkeiten zu einer guten Ausbildung,



einem Job usw. eingeschränkt werden. Sie glauben, ihren Kindern einen Vorteil zu verschaffen, indem sie sie zwingen, dem Leben früh ernst gegenüber zu stehen. Tatsächlich berauben sie ihre Kinder aber einer starken Bewältigungsstrategie. Suchen Sie nach Kontinuität in der Natur Ihres Sinns für Humor im Laufe der Jahre oder auch nach Punkten, an denen er einen plötzlichen Schritt vorwärts oder rückwärts ging. Der Humor kann in der Kindheit geblüht haben, um im Erwachsenwerden allmählich in den Tiefen Ihrer Persönlichkeit zu verschwinden. Oder aber vielleicht zeigte er sich erstmals Jugend- oder Erwachsenenalter.

### **Gegenwärtige Einflüsse auf den Ihren Sinn für Humor**

Registrieren Sie Ihre Antworten in Ihrem Humortagebuch.

- 1) In welchen Situationen taucht Ihr Sinn für Humor momentan am meisten auf? Überlegen Sie, wann und wo Sie am meisten lachen und Ihren Humor am häufigsten zünden. Was hat es mit solchen Situationen auf sich, die Ihren Sinn, Ihre Lust am Humor wecken? Betrachten Sie sowohl die Situation als auch die Menschen, die daran beteiligt sind.
- 2) In welchen Situationen taucht Ihr Sinn für Humor momentan am wenigsten auf? Gibt es irgendwelche Situationen, in welchen Sie immer ernst sind? Was ist es für eine Situation, die Sie veranlasst, Ihren Sinn für Humor zu verlieren? Betrachten Sie wieder sowohl die Menschen, die dort sind als auch die Situation selbst.
- 3) Zeigen Sie mehr Sinn für Humor mit Männern oder mit Frauen? Warum? Bedenken Sie dazu, ob und wie oft Sie mit dem Humor beginnen und wie Sie auf den Humor anderer reagieren.

## Stufe 2

### Theorie

Wenn jemand eine unheilbare Krankheit hat, sagen die Ärzte, dass er oder sie eine Krankheit im Endstadium habe. Die Krankheit ist bis zu einem Punkt fortgeschritten, dass nur ein Wunder die Genesung noch herbeiführen könnte. Einige Menschen sind für sehr lange Zeit so ernst und düster gewesen, dass sie kaum noch hoffen, jemals wieder Heiterkeit, Lebendigkeit und für Spaß im Leben zu zeigen. Diese Menschen leiden unter einem Zustand, die auch „Ernsthaftigkeit im Endstadium“ genannt wird.

Natürlich ist es wichtig, in vielen Situationen - einschließlich der meisten der Zeit am Arbeitsplatz - ernsthaft zu sein. Es soll auch nicht so sein, dass die TN aufgefordert oder angeleitet werden sollen, nie ernst zu sein. Die Sorge gilt den Menschen, die immer ernst sind. Das Problem entsteht dann, wenn sie die Fähigkeit verlieren, spielerisch zu sein, wenn sie außer Stande sind, fröhlich zu sein, selbst wenn die Situation förmlich danach verlangt.

Der Schlüssel in **Stufe 2** besteht darin zu erkennen, , dass die TN ihren Job, ihre Krankheit, das Land, Finanzprobleme und jeden anderen schwierigen Umstand sehr wohl ernst nehmen, aber sich selbst dennoch leicht nehmen können. Sie können ihre Verpflichtung zum Lösen der Probleme, die sie sehen, sehr wohl wahrnehmen, ohne jedoch dabei stets todernst sein zu müssen. Wenn die TN das erfahren und erleben können, werden sie sich wundern, wie dies ihre Lebensqualität hebt.

### Das grundlegende Fundament für den eigenen Sinn für Humor

Der Schlüssel zu Beginn der Sensibilisierung des eigenen Sinns für Humor ist die Wiederentdeckung der spielerischen Einstellung, die die TN als Kind hatten. Kinder sind von Natur aus spielerisch. Sie würden den ganzen Tag ausgiebig spielen, wenn wir sie lassen würden. Das freudige Gelächter, das ihre Spiele zweifellos begleitet zeigt, dass sie glücklich sind. Jedoch: während alle Eltern wollen, dass ihre Kinder glücklich sind, wollen sie auch, dass sie verantwortungsvolle Erwachsene werden und etwas aus ihrem Leben machen.

Und viele sehen das Spiel als ein Hindernis zum persönlichen Werden an. Sie sind überzeugt, dass die Chancen ihrer Kinder auf ein erfolgreiches Leben als Erwachsener umso größer seien, je eher sie ihre Kinder vom Spielen weg und auf den Ernst des Lebens hinlenken. Lehrer stärken häufig diese Idee, unternehmen alles, was sie können, weil sie die erforderlichen Sachkenntnisse für ein erfolgreiches Leben und die Kinder dazu anleiten, das Leben ernsthafter zu betrachten.

Kinder müssen natürlich erfahren, dass es mehr im Leben gibt als Spiel, und dass es eine Zeit gibt, um zu spielen und eine Zeit, um ernst zu sein. Aber ich bin überzeugt, dass wir zu weit gehen, wenn wir so viel von Kindern fordern, dass sie ihre Fähigkeit verlieren, spielerisch zu sein. Wir erzeugen Erwachsene, die nicht mehr heiter und ausgelassen sein können – selbst wenn es angebracht ist.

Mögliche Fragen: Sind Sie leicht verlegen, wenn Sie etwas tun, das im Angesicht Ihres beruflichen Images seltsam erscheint? Seltsam für Sie selbst, seltsam für jemanden, der kompetent, ernsthaft und rechtschaffen ist?

Sollte das so sein, dann werden die TN zusätzliche Zeit für die Stufe 2 investieren wollen. Wenn nicht, sind sie wahrscheinlich bereits spielerisch. Dennoch sollten sie die Übungen noch vollenden, die entwickelt sind, um die Kompetenzen der Stufe 2 und den Schelm in sich weiter zu stärken.

Wenn die TN spielerischer werden, werden sie auch unwillkürlich mehr Vergnügen haben als vorher. Und in dieser seelischen Verfassung werden auf natürliche Art und Weise Dinge komischer sein, als wenn sie in ernsthafter Stimmung sind.

Es sollte nicht das Ziel der TN werden, sich nur noch ihrem Spieltrieb zu überlassen und allen Ernst hinter sich zu lassen. Wenn jemand allgemein eher ernst ist, sollte er zunächst darauf zielen, die Fähigkeit zu Verspieltheit langsam wiederzuerlangen. Sobald das erreicht ist, kann er sich darauf konzentrieren zu lernen, wie man – je nach Situation – eine ernste oder spielerische Haltung einnimmt. Sie werden flexibler darin werden, leichter in eine spielerische Haltung „umzuschalten“ und eine spielerische Haltung zu schaffen.

### **Die Bedeutung einer spielerischen Einstellung**

Was bedeutet es, eine spielerische Einstellung zu haben? Viele Erwachsene sind

gar nicht spielerisch, wenn sie spielen. Wir gebrauchen den Begriff „Spiel“, um solche Tätigkeiten wie Fußball-, Karten- oder Schachspielen zu kennzeichnen. Wenn wir in die Schule gehen, wird Spiel zur zielbewussten Konkurrenzveranstaltung und wir sind alles andere als spielerisch. Wir sind entschlossen, zu gewinnen, aber tun so, als wenn sie spielen würden. Das ist jedoch nicht die Art des Spiels, das den Kern des Sinns für Humor bildet.

Das Wörterbuch definiert Spiel als jede Tätigkeit, die amüsant, lustig oder angenehm aus sich selbst heraus ist; d. h., es ist wirklich angenehm. Es gibt kein besonderes Ziel, das die Spieler anstreben. Sobald sich der Fokus zu einem Ergebnis bewegt, hört es auf Spaß zu machen. Es kann sogar Arbeit werden!

Da Belastungen aus den täglichen Zankereien und kleineren Problemen in unserem Leben entstehen, sind wir nie wirklich frei von Belastung. Zu lernen, mehr spielerisch auch in schwierigen Situationen zu sein, wird dabei helfen, sich aus der Belastung des Moments zu befreien oder sogar erheben und sich aus einer besseren Position heraus mit den Widrigkeiten des Lebens fertig zu werden.

Die TN sollen dazu angeleitet werden, eine spielerische Einstellung als eine Fähigkeit und Lebenshaltung zu verstehen. Damit erreichen sie einen Ausgangspunkt, von dem sie aus selbst bestimmen können, ob Sie spielerisch sind oder nicht, ob gute oder schlechte Dinge in ihrem Leben geschehen oder ob Sie sich mit positiven oder negativen Menschen umgeben.

### **Warum ist eine spielerische Einstellung das Fundament für den eigenen Sinn für Humor?**

Wir alle erben eine grundlegende biologische Neigung zur Verspieltheit, die sich auf verschiedene Weisen zeigt, während wir uns durch die Kindheit durchleben und heranwachsen, die Entwicklung von neuen intellektuellen und sozialen Fähigkeiten reflektieren.

Humor wird höchstwahrscheinlich dann erfahren, wenn man geistig spielerisch ist. Deshalb ist die Stufe 2 für die Verbesserung des eigenen Sinnes für Humor so wichtig. Da die TN leichter und erfahrener mit ihrer eigenen Verspieltheit werden, wird ihr ganz natürlicher Sinn für Humor hervortreten.

Einige Menschen, die jedoch einen Mangel an dieser Verspieltheit haben, lernen nur schwer, fröhlich zu sein; sie werden älter in Bitterkeit, Wut, Angst oder geraten in die Depression. Andere empfinden vage Reue oder verspüren eine Ahnung, dass sie irgendwie etwas Wichtiges verpasst haben, während sie ihr ganzes Leben so ernst waren. Das erzählt die Geschichte einer 85-jährigen Frau in den Hügeln Kentuckys:

„Wenn ich mein Leben noch einmal zu leben hätte, ich würde mehr Fehler machen. Ich würde mich entspannen; ich würde mich lockern. Ich würde dümmer sein, als ich es auf dieser Reise gewesen bin. Ich würde die Dinge weniger ernst nehmen... Sie sehen, ich bin einer jener Leute, die vernünftig Tag für Tag lebten. . . Wenn ich das Leben noch einmal zu leben hätte, würde ich leichtfertiger leben als ich es getan habe.“

Diese Frau bedauert klar den Mangel an der Verspieltheit in ihrem Leben, aber fühlt, dass es für Veränderungen zu spät ist. Wenn die TN sich in ihr anerkennen, dürfen sie nicht warten, bis Sie 85 sind, um zu begreifen, dass sich die Lebensqualität verbessern wird, wenn sie spielerischer werden.

Ich weiß von einer Frau, die sich für den größten Teil ihres Lebens als ziemlich ernst beschrieb; aber ihr Sinn für Humor blühte auf, als sie älter wurde (sie wurde 98 Jahre alt). Sie war eine sehr religiöse Frau, so war sie sich immer dessen bewusst, für wie viel sie dankbar sein musste. „Immerhin“ sagte sie, „denken Sie, was ich alles aushalten musste, wenn meine vielen Runzeln schmerzen würden.“ Was demonstriert besser die Macht des Humors?

### **Der Einsatz von Helfern, um eine spielerische Einstellung zu gewinnen**

Wenn jemand den größten Teil seines Lebens eine ernste Person gewesen war, wird derjenige die ganze Unterstützung brauchen, die er in der Stufe 2 bekommen kann. Alberne Spielsachen und „Gehilfen“ werden ihnen hinaus helfen. Die TN können in den Ort gehen, um alberne Utensilien zu kaufen, die ihren Sinn für Spaß, Blödelei oder Verspieltheit hervorlocken.

Ein Vizepräsident, den McGhee darin unterrichtete, mit Halstüchern zu jonglieren, sagte, immer wenn die Spannung in seinem Job zu hoch werde, schließe er seine

Tür, hole er seine Halstücher heraus und jongliere dann ein paar Minuten damit. Er jongliere völlig konzentriert die Halstücher und werde ganz schnell von der Freude daran ergriffen. Das habe ihm geholfen, jedes Mal aufzublühen. Seifenblasen, Cartoons oder ein „dummen“ Summer können die TN unterstützen. Blödel-Nasen lassen sich gut einsetzen, auch wegen der Reaktion anderer Menschen, wenn man sie trägt.

Wenn jemand eine Verwaltungsposition innehat, kann er versuchen, Dinge zu benutzen, die auf dem Schreibtisch, auf Aktenschränken oder auf Regalen herumstehen können. Menschen, die das getan haben, bemerken, dass, wenn Kollegen hereinkommen - entweder um sich zu beklagen oder um sich einfach nur zu unterhalten - sie sich meistens unbewusst ein Spielzeug oder einen „Gehilfen“ in die Hand nehmen und anfangen, damit zu spielen. Sie können beobachten, wie ihre Spannung zunehmend nachlässt, während sie damit spielen. Durch solche kurzen und spielerischen Atempausen kann unsere Stimmung gehoben werden. Sie können uns in bessere seelische Verfassung befördern; auch um unseren Aufgaben effektiv erledigen zu können.

## **Gruppensitzung Stufe 2**

### **Eröffnende lustige Tätigkeit**

Spiel oder andere lustige Tätigkeit, um die Gruppe in eine spielerische Stimmung zu bringen.

### **Diskussion der Übungen für Stufe 1**

Die Übungen für Stufe 1 werden besprochen. (Die TN können ihr Humor-Tagebuch zur Hilfe nehmen.)

Es werden die Aspekte des Humors besprochen, mit denen sich die TN während der letzten Woche vertieft auseinander gesetzt haben. Mögliche Fragen: Welche neuen Einblicke in Ihren Humor haben Sie mit Hilfe der Übungen zu Stufe 1 gewonnen?

Jetzt, wo Sie eine Woche über Ihren Sinn für Humor nachgedacht haben: Haben sich Ihre Absichten und Erwartung zu diesem Programm geändert?

Es können auch am Anfang der Sitzung Themen der Stufe 1 besprochen werden, die bei der letzten Sitzung nicht besprochen werden konnten.

### **Diskussion der Stufe 2**

Die vorliegenden Übungen zu Stufe 2 sollen eine Diskussion zum Thema „Spiel und spielerische Haltung“ initiieren. Die TN sollen Einblick darüber erhalten, wie grundsätzlich wichtig es ist, über eine spielerische Einstellung zu sprechen; auch um ihren Sinn für Humor weiterzuentwickeln.

## Übungen Stufe 2

Das Ziel für die Stufe 2 besteht darin, eine spielerischere Lebenseinstellung zu gewinnen. Sie können diese Fähigkeit in einem Maße entwickeln, so dass Sie eigenständig entscheiden können, wann Sie spielerisch und wann Sie ernst sind.

1.) Machen Sie ein ulkiges Foto von sich.

Gehen Sie zu einem Fotoautomaten oder nehmen Sie eine Polaroidkamera und schießen Sie spontan ein ulkiges Bild von sich, auf dem Sie zum Beispiel eine Grimasse schneiden. Nehmen Sie das Bild überall mit sich oder kleben Sie es an eine Stelle an der Sie es mehrmals täglich sehen. Betrachten Sie das Foto als eine Erinnerung daran, dass Sie eine spielerische Einstellung an den Tag legen sollen und dürfen, unabhängig davon, ob Sie eigentlich einen guten oder schlechten Tag haben. Sie haben die freie Wahl.

2.) Machen Sie eine Liste von Sachen, bei denen Sie Spaß haben und sich wohl fühlen. Versuchen Sie, diese Tätigkeiten in Ihren Alltag einzugliedern.

Sich mit lustigen, spaßigen Sachen zu beschäftigen, ermöglicht Ihnen ganz unbewusst in eine verspielte Stimmung zu kommen. Der beste und einfachste Weg dies zu tun, ist die Erstellung einer Liste von Dingen, von denen Sie wissen, dass Sie Ihnen Spaß machen werden. Versuchen Sie konsequent ein oder zwei solcher Aktivitäten pro Tag zu betreiben.

3.) Verbringen Sie Zeit damit, kleine Kinder beim Spielen zu beobachten.

Wenn Sie vergessen haben wie es ist, in einer spielerischen Stimmung zu sein, dann denken Sie doch einfach mal in die Kindheit zurück. Gehen Sie auf einen Spielplatz und beobachten Sie die Kinder beim Spielen. Vielleicht finden Sie auch ein paar Fotos von sich selbst als Kind beim Spielen. Dies alles hilft Ihnen diesen Gefühlen wieder näher zu kommen.

(Optional: Wenn Sie eigene Kinder haben, versuchen Sie sie genauer zu beobachten. Passen Sie auf die spontane Freude auf und sehen Sie wie sehr Kinder den Augenblick genießen können. Beobachten Sie wie schnell sie kleine negative Zwischenfälle schnell wieder vergessen und sich wieder ganz ihrem Spiel zuwenden. Lernen Sie von den Kindern!)



4.) Kleben Sie überall (Badezimmerspiegel, im Auto, auf dem Kühlschrank, im Büro...) kleine Erinnerungshilfen hin.

Sie können ständige Erinnerungshilfen einsetzen, die Ihnen helfen werden, nicht wieder so schnell in Ihre alten Angewohnheiten zu verfallen. Aufkleber, Cartoons, Buttons werden Sie unterstützen, daran zu denken, Ihre spielerische Einstellung zu trainieren - unabhängig davon, ob Sie einen schlechten oder einen guten Tag haben. Versuchen Sie Hilfen zu finden, die Ihnen jedes Mal ein kleines Lächeln entlocken, wenn Sie sie sehen.

5.) Suchen Sie sich einen Gegenstand oder eine Tätigkeit aus, die Sie in einen spielerischen Zustand versetzt.

Versuchen Sie herauszufinden, auf welche Weise Ihnen ein Gegenstand oder die Tätigkeit aus einem kleinen Tief heraushilft.

6.) Erzählen Sie Ihren Angehörigen, Freunden, evtl. auch Arbeitskollegen, dass Sie bei einem Seminar mitmachen und dass Sie eine spielerische Lebenseinstellung zurückgewinnen möchten. Bitten Sie Ihre Mitmenschen dafür um Unterstützung.

Achtung: Vergessen Sie nicht, auch weiterhin verantwortungsbewusst und in angemessenen Situationen ernst zu sein. Sie können beides miteinander verbinden. Bleiben Sie stets aufmerksam und sensibel für die Ereignisse und Situationen, in denen eine spielerische Einstellung nicht angebracht ist.

7.) Verbringen Sie Zeit mit positiv eingestellten Menschen.

In einem Peanuts-Cartoon wird Lucy von Linus gefragt, ob es ihr in Disneyland gefallen habe. „Nein“, erwidert ihm Lucy, „sie hatten keine Marmelade für meinen Toast!“ Es ist sehr schwierig eine spielerische Einstellung an den Tag zu legen, wenn man von dieser Art von Menschen umgeben ist. Vor allem am Anfang, wenn Sie in dieser Fähigkeit noch nicht so gefestigt sind, sollten Sie solche Menschen meiden, so gut es geht zu. Denken Sie an Freunde und Bekannte, mit denen Sie sich wohlfühlen und mit denen Sie viel lachen können und Spaß haben können. Unternehmen Sie gemeinsam lustige Dinge.

8.) Trauen Sie sich ganz verrückte Sachen zu tun, die sonst eigentlich gar nicht zu Ihnen passen (drehen Sie in einem Lift zum Beispiel der Tür den Rücken zu, während alle anderen nach vorne schauen oder ziehen Sie sich eine rote Clownnase an, wenn Sie aus ihrem Büro auf die Toilette gehen...usw.) Lassen Sie Ihrer Phantasie freien Lauf, aber versuchen Sie weiterhin in einem geschmackvollen und angemessenen Rahmen zu bleiben.

9.) Beobachten Sie die Mitmenschen, die eine spielerische Einstellung an den Tag legen.

Legen Sie sich eine Liste von Situationen an, die Sie über den Tag verteilt erlebt haben, in denen Sie Erwachsene in einem Zustand der Verspieltheit beobachten konnten. Halten Sie fest, was Sie bei eher spielerischen Menschen und bei den eher ernsten Menschen bemerken (z.B. Frauen vs. Männer, verschiedene Altersunterschiede, Angestellte vs. Chefs usw.)

10.) Prüfen Sie Ihr Feingefühl und Ihre Instinkte, um zu entscheiden, in welchen Situationen ein spielerischer Umgang angebracht ist und wann nicht. Wenn Ihre Mitmenschen eine spielerische Einstellung von Ihnen nicht gewohnt sind, kann das leicht und schnell nach hinten losgehen. Versuchen Sie Ihre neu erlernte Fähigkeit in einem Rahmen zu üben, in dem Sie sich auch noch wohl fühlen, wenn Sie in ein Fettnäpfchen treten sollten.

## Weitere Übungen Stufe 2

Notieren Sie Ihre Antworten auf die folgenden Fragen so detailliert wie möglich in Ihrem Humortagebuch.

### Das Spiel und die spielerische Einstellung

- 1.) Was heißt es eine verspielte Person zu sein bzw. eine spielerische Einstellung im Leben zu haben?
- 2.) Ist es wichtig zwischen einer spielerischen und einer nicht-spielerischen Einstellung beim Spielen zu unterscheiden? Wenn ja, wie unterscheiden sich diese beiden Formen?
- 3.) Ist es wichtig zwischen einer körperlichen und einer geistigen / mentalen Form des Spielens zu unterscheiden? Wenn ja, inwieweit unterscheiden sich die beiden Formen?
- 4.) Können Sie Ihren Sinn für Humor weiterentwickeln, indem Sie lernen mehr spielerisch zu sein?
- 5.) Wieso wird die Verspieltheit von der Gesellschaft so negativ gesehen bzw. dargestellt?
- 6.) Plato sagte einst „Lebe dein Leben so als wäre es ein Spiel“. Wie würden Sie diesen Spruch interpretieren?
- 7.) Denken Sie an Menschen die Sie kennen, die meistens ernst sind. Versuchen Sie so viele Wörter wie möglich niederzuschreiben, die diese Personen am besten beschreiben.
- 8.) Denken Sie an Menschen, die Sie kennen und die meistens spielerisch aufgelegt sind und trotzdem kompetent und verantwortungsbewusst handeln. Schreiben Sie sich alle Wörter auf, die Ihnen zu diesen Menschen einfallen. Vergleichen Sie die Qualitäten, die Sie aufgeschrieben haben und überlegen Sie sich, welchen dieser Menschen Sie am liebsten a) heiraten würden b) als Arbeitskollegen haben würden und c) als Freund haben möchten.

- 9.) Welche Qualitäten assoziieren Sie mit kleinen Kindern, die gerade bei einem Spiel beobachten?
- 10.) Welche negativen Einstellungen haben viele Leute zu verspielten Erwachsenen?
- 11.) Wann waren Sie in ihrem Leben am spielerischsten?
- 12.) Können Sie sich daran erinnern als Sie aufgehört haben, spielerisch zu sein? Wann war das und was hat Sie dazu bewogen diese Einstellung abzulegen?
- 13.) Ein sehr bekanntes Sprichwort sagt: „Wir hören nicht auf mit dem Spielen, weil wir alt werden, wir werden alt, weil wir aufhören zu spielen“. Wie kann ein Verlust von einer spielerischer Einstellung und Ausblick auf das Leben einen älter werden lassen?
- 14.) Wirken Ihrer Meinung nach ältere Personen, die eher heiter auf das Leben Rückblicke zurückblicken, jünger als ihre gleichaltrigen Mitmenschen?
- 15.) Ältere Menschen werden oft vermehrt negativ und ernster in ihrer Einstellung. Glauben Sie, dass es eine Altersgrenze gibt, nach deren Überschreiten Menschen ihre Einstellungen zum Leben nicht mehr auflockern und sich positivere Zukunftsperspektiven aneignen können?
- 16.) Es ist wichtig zu lernen, wann ein spielerisches Gemüt nicht angebracht ist. Versuchen Sie sich an einige Ereignisse oder Situationen zu erinnern, bei denen dies der Fall war.
- 17.) Schreiben Sie eine Liste von Freunden, Arbeitskollegen oder Verwandten auf, die genau über die Art von Sinn für Humor und spielerischer Lebenseinstellung verfügen, die Sie auch gerne hätten.
- 18.) Beschreiben Sie die Vorteile und positive Rückmeldungen, die Sie erleben könnten, wenn Sie eine Person mit einer größeren spielerischen Lebenseinstellung wären.

## **Arbeit und Spiel**

- 1.) Beschreiben Sie die zwei Pole „Arbeit“ und „Spiel“, wie Sie in unsere Gesellschaft gesehen werden. Sind Sie der Meinung, dass diese beiden Pole total unterschiedlich sind und nichts miteinander zu tun haben? Kann Ihrer Meinung nach eine positive verspielte Lebenseinstellung Ihnen helfen, in Ihrem Beruf effektiver zu sein?
- 2.) Haben Sie Freude an Ihrer Arbeit und an Ihrem Arbeitsplatz? Was müsste verändert werden, damit Sie mehr Freude daran gewinnen? Benennen Sie hier sowohl Änderungen an sich selbst als auch Änderungen an der Arbeit, sprich auch an der Arbeitsumgebung.
- 3.) Wie wird an Ihrem Arbeitsplatz auf eine spielerische lockere Arbeitseinstellung reagiert? Stellen Sie sich vor, Sie würden gute Leistungen in Ihrer Arbeit vollbringen und dabei locker und spielerisch an die Arbeit herangehen. Würde das eher positiv oder eher negativ angesehen werden?
- 4.) Benennen Sie einige Sichtweisen über Erwachsene mit einer verspielten Lebenseinstellung.
- 5.) Welche Signale sind Ihnen an Ihrem Arbeitsplatz aufgefallen, die eher auf eine ernste Einstellung schließen lassen? Gibt es Ihrer Meinung nach Hinweise, dass an Ihrem Arbeitsplatz eine lockere spielerische Einstellung eher schlecht angesehen ist – ganz unabhängig davon, ob Sie Ihre Arbeit gut oder schlecht erledigen. Welche Hinweise sind das?
- 6.) Diskutieren Sie den Begriff der Seriosität/Ernsthaftigkeit im Zusammenhang mit Professionalität, Verantwortungsgefühl und Leistung. Setzen Ihrer Meinung nach diese drei Eigenschaften immer eine ernste Einstellung im Bezug auf die Arbeit voraus?
- 7.) Auf welche Art und Weise wird auf Ihrem Arbeitsplatz versucht, Ernsthaftigkeit in den alltäglichen Arbeitsablauf einzubauen?
- 8.) Auf welche Art und Weise ebnet die „Ernsthaftigkeit im Endstadium“ den Weg für noch mehr Stress?

9.) Diskutieren Sie den Unterschied zwischen „seine Arbeit ernst und wichtig nehmen“ und „sich selbst ernst und wichtig nehmen“.

### **Gegenwärtige spielerische Einstellung**

- 1.) Wie oft legen Sie ein spielerisches Gemüt an den Tag?
- 2.) Wenn Sie sich in einer spielerischen Verfassung befinden, mit welchen Personen und in welchen Situationen befinden Sie sich dann meistens?
- 3.) Wenn Sie sich in einer ernsten Verfassung befinden, mit welchen Personen und in welchen Situationen befinden Sie sich dann meistens?
- 4.) Wenn Sie sich unwohl dabei fühlen, sich verspielt benehmen zu müssen, was löst diese Unbehaglichkeit Ihrer Meinung nach aus?
- 5.) Wie wichtig ist es für Sie, eine mehr spielerische Einstellung zu gewinnen und wieso ist es wichtig für Sie?
- 6.) Was erwarten Sie als schwierigstes Hindernis auf dem Weg zu einer mehr verspielten Einstellung?
- 7.) Welche Ziele möchten Sie in den nächsten Wochen im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer spielerischen Einstellung erreichen?

### **Frühere Entwicklung und Einflüsse**

- 1.) Wie ernsthaft oder wie verspielt waren Sie als Kind? Und wie waren Sie als Jugendlicher?
- 2.) Können Sie sich noch daran erinnern, wann Sie diese spielerische Eigenschaft verloren haben?
- 3.) Können Sie sich an frühere Ereignisse erinnern, die vielleicht dazu beigetragen haben, dass Sie heute weniger spielerisch sind als Sie es gerne wären? Beachten Sie auch Ihre Eltern, Ihre Lehrer und sonstige wichtige Lebensereignisse.

4.) Können Sie sich erinnern, ob ihre Eltern oder andere Bezugspersonen Sie dazu ermahnt haben, ernster zu sein, sich erwachsener zu benehmen? Wenn ja, was ist Ihnen damals aufgefallen?

## Stufe 3

### Theorie

Zen-Buddhisten glauben, dass es ihnen für den Rest des Tages gutgehen wird, wenn sie den Tag mit einem Lachen beginnen. In diesen Tagen kommen Hunderte von Lach-Klubs auf der ganzen Welt regelmäßig zusammen, um für 10 oder 15 Minuten im Lachen zu üben. Der indische Arzt Dr. Madan Kataria initiierte solche Lach-Klubs in den 1990er Jahren. Es bedarf sicherlich eines besonderen Verständnisses, um die Absicht der Lach-Klubs zu verstehen, denn: Selbst wenn Sie so scheinbar ohne jeglichen Grund lachen, ruft das die spielerische seelische Verfassung, in der Humor lebt und alleine das Gelächter selbst bereits zur Erhaltung Ihrer Gesundheit beiträgt.

Wenn die Menschen aufleben und einen freien Zugang zum freudigen Gelächter haben, werden sie flexibler und widerstandsfähiger gegenüber Belastung. Denkt man an Gelächter als ein "Deodorant gegen Belastung", vor dem Hintergrund des steigenden Belastungsniveaus im Leben der meisten Menschen in der heutigen Zeit, werden sie dieses Deodorant mehrmals täglich anzuwenden wissen.

Gelächter kann bei Menschen einen Schutz gegen Burn-out und Erschöpfung auslösen. Und die meisten Menschen sagen, dass sie sich nach einem guten Lachen besser fühlen, manchmal sogar euphorisch.

Öfter und herzlicher zu lachen zu trainieren, ist daher von großer Bedeutung, um Belastung erfolgreich zu reduzieren und die eigene Flexibilität zu fördern.

Die Forschung hat gezeigt, dass das bewusste Erleben von Verhaltensweisen, die mit einem bestimmten Gefühl verknüpft sind, den Menschen dazu veranlasst, dieses Gefühl tatsächlich zu fühlen. Indem Sie handeln, als seien Sie böse oder glücklich, fühlen Sie sich tatsächlich böser oder glücklicher als sonst. Sogar der Gesichtsausdruck, der ein Gefühl stets begleitet, verstärkt das Gefühl. Besonders gefühltes Gelächter, gefühltes Glück hat die Macht, Ihre Gefühle in eine positivere Richtung zu ziehen, selbst in einer Situation, die Sie normalerweise böse oder besorgt machen würde. Es hilft Ihnen, die Kontrolle über Ihren emotionalen



Zustand zu gewinnen und die Belastung zu reduzieren.

Tipp: Nutzen Sie ein Lächeln und Ihre emotionalen Erinnerungen werden mit den physischen Bewegungen verbunden. So beleben allein die Bewegungen bereits einen Teil der Erfahrung von vorherigen ähnlichen Gefühlen wieder. Sie sind vielleicht nicht stark gerade, aber wenn Sie ein starkes Gefühl haben, kann Sie das wieder lebendig machen.

Wenn Sie Ihrer Meinung nach zu selten lachen, können Sie diese Stufe nutzen, um herzlicher zu lachen, wenn Sie wirklich etwas komisch finden. Am einfachsten üben Sie dies in Situationen, wo Ihr eigenes Gelächter im Gelächter einer Menge untergehen wird.

→ Nehmen Sie Ihr Lachen bewusst wahr, und wie Sie sich nach einem guten Lachen in diesen Situationen fühlen. Nicht-Lacher sagen häufig, dass das ihnen hilft, sich sowohl den positiven als auch negativen Gefühlen bewusster zu werden.

Mit einem CD-Spieler verfügen Sie ein ideales Mittel, das Lachen jeden Tag zu üben. Indem Sie lustige CDs hören, können Sie regelmäßig das Lachen stärken, und ein natürliches und herzliches Lachen zu einem immer zugänglicheren Lachen zu entwickeln. Das wird Ihnen helfen, in verschiedenen Situationen freier zu lachen.

Während Sie die Übungen zu dieser Stufe machen, halten Sie nach der „Antigelächter-Polizei“ Ausschau. Jede Organisation hat sie. Das sind Menschen, die meinen, Sie arbeiten vielleicht nicht oder nähmen den Job nicht ernst, wenn sie dabei lachen und Freude dabei haben. Man erkennt sie daran, dass man von den feindlichen, flüchtigen Blicken getroffen werden kann, mit denen das Lachen gefangen werden soll. Ihre Reaktionen sollen Sie immer daran erinnern, Ihre Aufmerksamkeit dafür zu schärfen, wann Gelächter als unpassend empfunden wird. Zu lernen, wann Gelächter passend oder unpassend ist, ist eine wesentliche Kompetenz, die es zu entwickeln gilt.

## **Gruppensitzung Stufe 3**

### **Eröffnende lustige Tätigkeit**

Spiel oder andere lustige Tätigkeit, um die Gruppe in eine spielerische Stimmung zu bringen.

### **Diskussion der Übungen für Stufe 2**

Nehmen Sie Ihr Humortagebuch zur Hilfe, um sich an Ihre Einblicke oder Beobachtungen zu erinnern, während Sie an Stufe 2 arbeiteten.

- 1) Teilen Sie mit einem Partner Ihre „Liste von Sachen, bei denen Sie Spaß haben und sich wohl fühlen.“ Welche dieser Tätigkeiten hat Ihrer Verspieltheit am wirksamsten gestärkt?
- 2) Welche Fortschritte machten Sie darin, mehr spielerisch zu werden? Welche neuen Einblicke haben Sie in Ihre Verspieltheit gewonnen?
- 3) Besprechen Sie Ihre Beobachtungen von spielenden kleinen Kindern. Welche Qualitäten zeigten sie in ihrem Spiel, die Ihnen vielleicht fehlen?
- 4) Welche Gedächtnishilfen haben Sie verwendet, um eine spielerische Haltung im Leben anzunehmen und zu stärken?
- 6) Wie reagierten Ihre Freunde, Ihre Familie und Ihre „Humor-Gruppe“ auf Ihre Bemühungen, eine spielerischere Person zu werden?

### **Diskussion der Stufe 3**

Mit den vorliegenden Übungen zu Stufe 3 sollen Sie erfahren, wieder öfter und herzlicher zu lachen. Sie werden erfahren, wie lachen erfolgreich zur Reduzierung der Belastung beitragen kann und auch Flexibilität ermöglicht.

### Übungen Stufe 3

1. Lachen Sie öfter und mehr als sie es gewöhnlich tun.
2. Entdecken Sie soziale Situationen heraus (z.B. im Kino), in denen Sie lachen üben können, ohne dass es Ihnen peinlich ist.
3. Hören Sie einige lustige CDs und üben Sie das Lachen, wenn Sie allein sind. Das wird es Ihnen erleichtern, allmählich spontaner und natürlicher aus dem Bauch heraus zu lachen.
4. Stellen sie Gedächtnishilfen auf (wo Sie sicher sind, sie auch zu sehen), um öfter als bisher zu lachen.
5. Verwenden Sie lustige Dinge, die Ihnen helfen, in einer seelischen Verfassung zu bleiben, die das natürliche Lachen fördert.
6. Verbringen Sie mehr Zeit mit Menschen, mit denen Sie lachen können.
7. Berichten Sie Freunden und Familienmitgliedern, dass Sie sich darum bemühen möchten, mehr als bisher zu lachen. Erzählen Sie ihnen auch, warum und bitten Sie sie um deren Unterstützung.
8. Versuchen Sie, mehr zu lachen, wenn Sie böse, besorgt oder niedergedrückt sind. Werden Sie aufmerksam dafür, wie dies Ihren emotionalen Zustand verändert.

Erinnern Sie sich auch weiterhin an Situationen zu denken, in denen Sie am leichtesten lachen können und in denen Sie sich vielleicht ein bisschen zwingen müssen. Schreiben Sie sich ebenso weiterhin Ideen und Beobachtungen schnell hinzuschreiben, die mit den Übungen in Ihrem Humortagebuch zusammenhängen.

### Weitere Übungen Stufe 3

**Notieren Sie Ihre Antworten auf die folgenden Fragen möglichst detailliert in Ihr Humortagebuch.**

- 1) Wenn Sie ein herzliches Lachen haben, wie fühlen Sie sich damit? Bevor Sie darauf antworten, suchen Sie sich einen Partner und lassen Sie das Gelächter 20-30 Sekunden ohne Unterbrechung anschwellen. Dann beobachten Sie aufmerksam, was sich für Sie dabei verändert hat.
- 2) Nennen Sie drei Menschen, die Sie kennen, welche Sie als gute Lacher halten. Vergleichen Sie deren Eigenschaften mit anderen, die weniger häufig oder weniger herzlich lachen.
- 3) Haben Sie jemals die Erfahrung des Gelächters gemacht, das sich plötzlich in Schreien umschlägt? Warum kommt diese plötzliche Umkehrung von Gefühlen vor? Wie fühlen Sie sich nach solch einem Lachen/Schrei?
- 4) Viele betrachten Gelächter in jeder Situation als unpassend. Beschreiben Sie Bereich in Ihrem Leben, wo Gelächter unpassend sein würde, selbst wenn es eine wirklich komische Situation ist. Und unter welchen Umständen würde das Gelächter dann doch akzeptabel sein?
- 5) Nehmen Sie an, dass Sie einen Beruf haben, bei dem Sie oft am Telefon sind. Ihr Chef (erstaunlich genug) hat vorgeschlagen, dass Sie kurz lachen oder lächeln, während Sie das Telefon abnehmen. Welche Wirkung könnte das darauf haben, wie Sie vom Anrufer wahrgenommen werden?
- 6) Beschreiben Sie Ihre Überlegungen dazu, wie das Lachen dabei hilft, die Belastung zu reduzieren.

### **Gegenwärtiges Gelächter**

- 1) Wie oft haben Sie ein echtes, herzhaftes Lachen?
- 2) Beschreiben Sie Ihr typisches Gelächter (ruhig, explosiv, usw.).
- 3) Wie oft lachen Sie (laut) an einem typischen Tag?

- 4) Wie offen zeigen Sie Ihre Gefühle? Steht Ihr Lachen damit im Einklang? Denken Sie, dass ein herzhaftes Lachen Ihnen dabei helfen kann, emotionaler zu werden? Warum oder warum auch nicht?
- 5) Was würden Sie gerne im Laufe dieser Woche erreichen, um öfter und herzlicher zu lachen?

### **Frühe Entwicklung und Einflüsse**

- 1) Haben Sie während Ihrer Kindheit und im Jugendalter häufig gelacht? (Optional: Fragen Sie Ihre Eltern oder eine Tante oder Onkel, wenn Sie sich nicht erinnern.)
- 2) Beschreiben Sie das Gelächter Ihrer Mutter und Vaters, sowohl in Bezug darauf, wie oft als auch wie herzlich sie lachten.
- 3) Welchen Einfluss haben Ihrer Meinung nach die von Ihren Eltern gezeigten Lachmuster auf Ihr eigenes Lachen?
- 4) Beschreiben Sie den Umgang Ihrer Eltern mit deren Gefühlen im Allgemeinen und wie Ihren Umgang mit Ihren eigenen Gefühlen beeinflusst haben könnte.
- 5) Waren Ihre Eltern jemals über Ihr Lachen verärgert (z.B. weil Sie zu viel oder zu laut lachten)? Wie oft? Sagten Sie manchmal: „Hör auf, so viel zu lachen?“ Welchen Einfluss hat diese Entwicklung für Ihr eigenes Lachen?

## **Stufe 4a Witze und lustige Geschichten erzählen**

### **Theorie**

Viele Moderatoren und Comedians sind für ihren schnellen Witz bekannt. Die TN werden wahrscheinlich zu diesem Niveau des spontanen Witzes noch nicht bereit, aber wenn sie sich mit dem Humor während der letzten Wochen vertieft auseinandergesetzt haben und jetzt sowohl mehr spielerisch als auch „bessere Lacher“ sind, als sie es bisher zu sein schienen, dann werden sie bereit sein, den ersten Schritt zum Schaffen ihres eigenen Humors zu machen. Viele Menschen wollen die ersten drei Stufen auslassen, weil sie meinen, dass sie wenig direkten Einfluss auf ihre Humor-Kompetenzen haben werden. Aber auf längere Sicht werden sie schnellere und anhaltendere Fortschritte machen, wenn Sie die Stufen 1 bis 3 des Programms „ernst“ nehmen. Sie geben ihnen das grundlegende Fundament.

Die TN werden erfahren, dass das Schaffen ihres eigenen wörtlichen Humors von enormer Wichtigkeit beim Einsatz ihres Sinnes für Humor sein wird, um mit den Belastungen des Lebens fertig zu werden. Die angenommene grundlegende Strategie hier ist, sich auf die Übung einzulassen, eigene Wortspiele und andere einfachere Formen des wörtlichen Humors zu schaffen. Das Erzählen von Witzen und humorvolles Handeln - wenn die TN nicht unter Belastung stehen - werden sich einprägen. Sobald die Gewohnheiten dazu entwickelt sind, können sie effektiv eingepprägten Humor abrufen, um dann spontan mit den Bedeutungen von Wörtern zu spielen. Dadurch wird die Fähigkeit, ihren eigenen wörtlichen Humor auch in anstrengenderen Situationen zu entwickeln, in Gang gesetzt.

Diese zwei Aspekte des wörtlichen Humors können in der Bearbeitung des Programms gut getrennt werden.

### **Beginnen Sie, Witze und komische Geschichten zu erzählen**

Vielleicht haben Sie vor langer Zeit aufgehört, Witze oder komische Geschichten zu erzählen. Vielleicht war es in der Vergangenheit so, dass Sie nur Leute

getroffen haben, die Sie fragend beim Erzählen des Witzes oder Geschichte anschauten. Vielleicht haben Sie deshalb beschlossen, dass einige Menschen eben nicht wissen, wie man Witze erzählt - und Sie seien einer von diesen!

Oder vielleicht haben Sie sich auch nie angestrengt, Witze oder komische Geschichten zu erzählen. In diesem Fall werden Sie angenehm überrascht darüber sein, wie leicht Sie Witze und auch Wortspiele in Gespräche einflechten können. Zum Beispiel, wenn Sie inmitten eines Gespräches über die schädlichen Effekten des Rauchens sind, könnten Sie mit einem Satz wie diesem direkt darauf eingehen: „Ein Raucher, den ich kenne, hat so viel über die schädlichen Effekten des Rauchens gelesen, dass er sich dafür entschieden hat, das Lesen aufzugeben.“

Ein Künstler sagte einmal: „Ich erfuhr schnell, dass, als ich andere zum Lachen brachte, sie mich mochten. Diese Lehre werde ich nie vergessen.“ Jeder mag Menschen, die einen zum Lachen bringen können, aber ein guter Witze-Erzähler macht mehr aus Ihnen, als nur unterhaltsam zu sein. Es wird auch Ihre Fähigkeiten im Kontakt mit anderen Menschen verbessern und Ihnen helfen, Konflikte innerhalb Ihrer Familie als auch bei Ihrer Arbeit besser zu meistern.

(Optional: 1987 begleitete eine enorme Spannung die kommenden SALT-Gespräche mit Gorbatschow und der Sowjetunion. Da die Sitzungen begannen, erzählte Reagan den folgenden Witz Gorbatschow:

„Moskau hat viele Probleme mit Leuten, die zu schnell fahren. So unterliegen die Stadtpolizisten strengen Ordnungen, demjenigen eine Verwarnung auszusprechen, der eine Geschwindigkeitsübertretung begangen hat. Eines Tages kommt Gorbatschow zu spät zum Kreml. Als sein Fahrer kommt, sagt Gorbatschow: „Sie sitzen hinten und lassen mich fahren. Wir werden schneller durchkommen.“

So fuhren sie los. Ziemlich bald wurden sie von einigen Motorrad-Polizisten eingeholt. Einer von ihnen überprüfte die Geschwindigkeit des Autos. Ein paar Minuten später kommt er zurück und sein Partner fragt: „Haben Sie ihm eine Verwarnung erteilt?“

Er antwortet: „Nein, tat ich nicht.“

„Was?“, sagte der Partner, „warum nicht? Wer in der Welt war es?“

„Ich weiß nicht, aber sein Fahrer war Gorbatschow!“

Der Witz unterstützt ein wirksames und förderliches Verhandlungsklima. Es wird auf die gleiche Art und Weise bei Ihnen funktionieren, wenn Sie mit Ihrem Leben ebenso verhandeln.

Wenn Sie bislang nie oder nur selten Witze erzählt haben, so fangen Sie mit einem Witz an, von dem Sie sicher sind, dass er komisch ist. Als erstes prägen Sie sich ihn gut ein. Wie oft haben Sie Menschen gehört, die anfangen einen Witz zu erzählen und die Pointe vergessen? Der größte Teil von Anfängern im Witze-Erzählen macht am häufigsten diesen Fehler: Sie verpatzen die Pointe. Wenn das Ihnen bekannt vorkommt, erzählen Sie den Witz zuerst einigen engen Freunden oder jemand anderen, bei dem Sie sich völlig sicher und gut fühlen. Erinnern Sie sich, gute Freunde mögen einen, auch wenn man sich selbst zum Narren gemacht hat.

Gelingt dies, erzählen Sie den Witz einem guten Freund, einem guten Bekannten oder Kollegen. Sie können auch einen anderen fragen, ob er kürzlich einen guten Witz gehört hat. Wer Witze mag, wird die Gelegenheit beim Schopf packen und einige erzählen. Und das gibt Ihnen eine natürliche Gelegenheit, den eigenen zu erzählen. Außerdem können Sie dabei auch einige neue Witze kennenlernen.

Wenn jemand einen Witz erzählt und Sie halten ihn für besonders komisch, schreiben Sie ihn auf. Halten Sie für solche Gelegenheiten ein kleines Notizbuch in Ihrer Tasche bereit. Denn wenn Sie ihn nicht notieren, besteht die Gefahr, dass Sie ihn vergessen werden. Oder Sie können sich nur an einen Teil des Witzes erinnern, kennen ihn nicht mehr ganz genau, wenn Sie ihn jemand anderem erzählen möchten. Vielleicht schreiben Sie den Witz auf eine Karteikarte - so können Sie ihn eine Zeit lang in Ihrer Tasche tragen - oder erfassen ihn in Ihrem Computer z, wenn Sie dazu eine Möglichkeit haben. Entwickeln Sie eine Sammlung von Witzen, die Sie mögen. Das wird Sie Ihnen dabei helfen, Ihr eigenes Witz-Repertoire aufzubauen.



(Optional: Ein Paar, das 55 Jahre verheiratet ist, beobachtete einen Heiler im Fernsehen. Der Evangelist sagte: „Ich kann Sie heute Abend heilen, Brüder und Schwestern! Ich kann Sie heilen heute Abend! Wenn Sie geheilt werden wollen, legen Sie eine Hand auf das Fernsehen und die andere Hand auf die Stelle, die Sie heilen wollen.“ So legte die Frau eine Hand auf das Fernsehen und die andere auf ihr müdes altes Herz und betete zusammen mit ihm. Der Mann sah zu und dachte zu sich selbst: „Was habe zu verlieren?“ So legte er eine Hand auf das Fernsehen und schmuggelte die anderen zwischen seine Beine. Seine Frau sah an ihn an und sagte: „Er sagte, dass er heilen kann und nicht die Toten erwecken.“)

Wenn Sie keine Möglichkeit haben, einen Witz zu notieren, merken Sie sich unbedingt die Pointe. Das ist der entscheidende Teil des Witzes. Sie werden den Witz dann später wieder gut rekonstruieren können, um ihn komisch zu erzählen - selbst wenn es nicht genau die Worte sind, die Sie gehört haben.

Wenn Sie an dem Punkt angelangt sind, an dem Sie sich sicher fühlen, einen Witz zu erzählen, fügen Sie einfach einen weiteren hinzu. Wenn Sie immer nur einen oder zwei Witze zu Ihrem Repertoire hinzufügen, wenn Sie sie gut lernen und auch die alten immer wieder üben, können Sie sich ein wunderbares Witze-Repertoire schaffen. Überzeugen Sie sich, dass Sie mit den ersten Witzen vor dem Hinzufügen von weiteren sicher sind. Entspannt und überzeugt vom Witze-Erzählen zu sein, das ist ganz wesentlich für einen guten Witz-Erzähler.

Exkurs: Gegen Ende der 1980er Jahre hat ein aufstrebender Komiker (gespielt von Tom Hanks) konsequenten Erfolg auf der Bühne, bis einige wichtige Menschen auf ihn zukamen, um ihn für einen weiteren erfolgreichen Film zu überprüfen. Er verwendete Material, das ihm in der Vergangenheit immer Erfolg einbrachte. Aber an diesem Abend verhalf es ihm nicht in die Stimmung zu kommen, die er benötigte, um ein herzliches und gutes Lachen zu verbreiten. Alles, was er tat, war flach. Der Grund? Der Druck und die Leistungsangst, veranlassten ihn, seine Spontaneität und Verspieltheit zu verlieren. Er hat sich nicht entspannt und war nicht natürlich. Je verzweifelter er wurde, um etwas zu erzeugen, was komisch ist,

desto schlechter kam es rüber und an.

Sie können diese Form von Leistungsangst als Anfänger im Witze erzählen selbst erfahren. Deshalb ist es sicherer, wenn Sie mit einem einzelnen Witz anfangen und ihn immer wieder unter Freunden und Bekannten erzählen bis Sie sich völlig sicher damit fühlen und wissen, wie Menschen darauf reagieren. Diese Erfahrung unter Freunden wird Ihre Fähigkeit stärken, ein natürlich spielerisches Verhalten im Erzählen des Witzes gegenüber Fremden zu bewahren.

Sie können einige Witze wählen, die von Ihren Lieblingskomikern erzählt sind, und deren Stil und Performance imitieren. Da Künstler ebenfalls ihre Meister kopieren und erst dadurch ihren eigenen Stil entwickeln, kopieren auch Sie ruhig zuerst einen guten Stil bevor Sie Ihren eigenen entwickeln.

Indem Sie an Witzen arbeiten, versuchen Sie sich ebenso an Geschichten.

Beim Sammeln und Merken von Geschichten, fragen Sie immer sich: „Welches Argument kann ich für das Erzählen dieser Geschichte anbringen?“ Zum Beispiel, könnten Sie in eine Geschichte verwenden, um zu illustrieren, wie absurd unser Denken werden kann, wenn wir von unserer eigenen beschränkten Ansicht von Dingen ergriffen werden. Ein Gedanke kann in einer Situation sehr sinnvoll sein, in einer anderen dagegen vollkommener Unsinn.

Die folgende Liste der wichtigsten Regeln soll zeigen, wann Humor passend ist und wann nicht. Ein Mangel an Sensibilität für die soziale Situation, kann Sie in die Position des Politikers bringen, der immer spielend gewinnt und sofort eine Geschichten erzählt, wann auch immer er bemerkte, dass sich eine kleine Gruppe von Leuten versammelte:

Hatte er die Menschen mit seiner Geschichte erst einmal in seinen Bann gezogen, konnte er leicht seinen politischen Wurf machen. Es funktionierte meist ziemlich gut, bis er aber eines Tages geriet, die sich nicht für ihn erwärmen wollte. Er, sagte: „Was ist los mit Ihnen? Sie tun gerade so, als wären auf einem Begräbnis.“ Einer aus der Gruppe schaute auf und sagte: „Bruder, das ist ein Begräbnis.“

**Allgemeine Regeln, um Witze und humorvolle Geschichten zu erzählen**

Wenn Sie keine Erfahrung beim Erzählen von Witzen und Geschichten haben, verwenden Sie folgende Hinweise, um Ihre Erfolgschancen zu vergrößern.

- 1) Erzählen Sie nur Witze und Geschichten, die sie wirklich gut kennen.
- 2) Sagen Sie nicht von einem Witz, den Sie erzählen wollen, dass Sie ihn selbst nicht komisch finden.
- 3) Lachen Sie nicht über Ihren eigenen Witz (besonders im Voraus).
- 4) Kündigen Sie nicht an: „Das ist ein Witz“ oder „Ich bin nicht besonders gut im Erzählen von Witzen, aber...“
- 5) Entschuldigen Sie sich nicht, wenn andere nicht lachen.
- 6) Klären Sie nicht den Witz, wenn die Zuhörer nicht lachen.
- 7) Verwenden Sie Gesten und Gesichtsausdrücke während Sie den Witz erzählen.
- 8) Vergewissern Sie sich der Wörter, die betont werden müssen.
- 9) Ziehen Sie es nicht in die Länge! Denken Sie daran: Die Kürze ist die Seele des Witzes.
- 10) Achten Sie darauf, die Pointe erst am Schluss zu setzen. Unken Sie nicht was kommt.
- 11) Wenn der Witz zu einer Pause einlädt, erlauben Sie Ihrem Publikum, sich die Situation vorzustellen.
- 12) Übertreiben Sie Wortspiele nicht. Sie sind für den Zuhörer meist weniger komisch als für den Erzähler.
- 13) Halten Sie Ihren Humor positiv.
- 14) Vermeiden Sie sensible Themen und anderen potenziell beleidigenden Humor, besonders bei Menschen, die Sie nicht kennen. Beachten Sie, die Befindlichkeiten der anderen können und werden sich von Ihren eigenen unterscheiden. Sie können Menschen unbemerkt und unbeabsichtigt verletzen.
- 15) Vermeiden Sie rassistischen und sexistischen Humor.
- 16) Sie sollten Ihr Publikum vor dem Einsatz von rassistischem und sexistischem Humor kennen.

17) Seien Sie aufmerksam für die soziale Situation. Erkennen Sie, wann Humor überhaupt oder ein besonderer Witz oder eine Geschichte als geschmacklos empfunden werden könnte.

18) Achten Sie darauf, wann man aufhört zu scherzen und es ernst wird. Nichts ist enttäuschender als der Versuch, mit jemandem zu kommunizieren, der sich weigert, Sie ernst zu nehmen.

## **Gruppensitzung Stufe 4a**

### **Eröffnende lustige Tätigkeit**

Spiel oder andere lustige Tätigkeit, um die Gruppe in eine spielerische Stimmung zu bringen.

### **Diskussion der Übungen für Stufe 3**

Fragen an die TN: Wie waren Ihre Erfahrungen in Ihren Bemühungen, öfter und herzlicher zu lachen? Wie gingen Sie damit um? Zwangen Sie sich zum Lachen? Half dieses erzwungene Lachen Ihnen, mit dem Lachen „durchzubrechen“? Konnten Sie so offener und herzlich lachen? Schien es unnatürlich? Wurde das Lachen allmählich leichter und entspannter? Welche Situationen verwendeten Sie zum Üben Ihres Lachens? Welche Gedächtnishilfen verwendeten Sie? Befragen Sie Ihr Humortagebuch für Ideen zur Diskussion.

### **Das Erzählen von Witzen**

- 1) Zu Beginn dieser Sitzung steht das Erzählen von Witzen im Mittelpunkt. Dies dient der Thematisierung dessen, was als komisch empfunden wird und was nicht.
- 2) Freiwilligen werden gebeten, Witze zu erzählen. Dann kann besprochen werden, was beim Erzählen gut gelaufen ist oder aber auch weniger gut gelaufen sein könnte.
- 3) Lernen Sie täglich einen neuen Witz kennen und erzählen Sie täglich einen. Vergewissern Sie sich, dass er komisch ist. Proben Sie das Erzählen. Vergewissern Sie sich auch darüber, dass Sie sich den Witz vor dem Erzählen gut einprägt haben. Erzählen Sie den Witz so vielen Menschen, wie Sie können.
- 4) Bitten Sie Ihre Freunde und Menschen, mit denen Sie Ihre Zeit verbringen, Ihnen ihren Lieblingswitz oder eine komische Geschichte zu erzählen. Entwickeln Sie die Gewohnheit, sie regelmäßig nach wirklich guten Witzen zu fragen. Menschen begrüßen die Gelegenheit, Witze zu erzählen, und es öffnet Ihnen die Tür, Ihre eigenen Witze zu erzählen. Hören Sie sich nach Witzen um, die Sie besonders komisch finden. Wenn Sie einen Witz hören, an den Sie sich erinnern wollen, machen Sie die beiden Dinge:

- a) Notieren Sie den Witz sofort (oder so bald wie möglich) in ihr Humortagebuch. Sie können auch die Person bitten, den Witz zu wiederholen oder den Witz aufzuschreiben.
- b) Wenn der Witz kurz ist und Sie sich leicht an ihn erinnern, können Sie ihn bei der ersten Gelegenheit einer anderen Person erzählen. Das wird Ihnen helfen, ihn fest in Ihrem Gedächtnis einzuprägen. Sobald Sie ihn drei- oder viermal erzählt haben, werden Sie ihn sicher drauf haben.
- 5) Hören Sie CDs oder schauen Sie Aufzeichnungen Ihrer Lieblingskomiker an. Wählen Sie einige ihrer Witze aus, von welchen Sie denken, dass sie komisch sind und die Ihnen beim Üben helfen könnten, indem Sie sie vor Ihren Freunden erzählen. Imitieren Sie den Erzählstil des Lieblingskomikers.
- 6) Machen Sie damit weiter, mehr spielerisch zu sein als Sie es in der Vergangenheit gewesen sind. Entdecken Sie, wann Sie in einer spielerischen Stimmung sind, um das Witz-Erzählen zu üben.
- 7) Machen Sie damit weiter, mehr spielerisch zu sein und mehr zu lachen als Sie gewöhnlich tun.
- 8) Notieren Sie Ihre Beobachtungen zum Thema „Witze erzählen“ in Ihrem Humortagebuch.

## Übungen Stufe 4a

### Witze- und Geschichte-Erzählen

- 1) Welche Qualitäten unterscheiden Ihrer Meinung nach einen guten von einem schlechten Witze-/ Geschichte Erzähler?
- 2) Warum ist es für einige Menschen so schwierig, sich an Witze und Geschichten zu erinnern? Was können Sie tun, um sich zu helfen, sich an sie zu erinnern?
- 3) Wie wichtig ist Witze erzählen Ihrer Meinung im Vergleich mit den anderen Aspekten, die in diesem Programm thematisiert werden? Warum?

### Das gegenwärtige Erzählen von Witzen/Geschichten

- 1) Wie häufig erzählen Sie Witze oder komische Geschichten an einem typischen Tag? Würden Sie es gern öfter tun?
- 2) Wie würden Sie Ihre Fähigkeiten als Witze- oder Geschichten-Erzähler beschreiben? Wenn Sie meinem, nicht gut darin zu sein, was geht Ihrer Meinung nach schief?
- 3) Wie würden Sie gern Ihre Kenntnisse im Witze erzählen verbessern?

### Frühe Entwicklung und Einflüsse

- 1) Wie oft erzählten Sie Witze oder komische Geschichten in Ihrer a) Kindheit und b) Jugend? (Optional: Fragen Sie wieder Ihre Eltern danach. (Wenn Ihre Eltern nicht mehr leben, fragen Sie jemand anderen, der um Sie sehr war, während Sie aufwuchsen.))
- 2) Erzählen Sie jetzt Witze öfter oder weniger häufig im Vergleich zu Ihrer Kindheit und Jugend? Wann kam es zu einer Veränderung?
- 3) Wie oft erzählten Ihre Mutter und Ihr Vater Witze oder komische Geschichten während Sie aufwuchsen? Welchen Einfluss hatte das auf Sie?
- 4) Wie haben Ihre Eltern auf Rätsel und Witze reagiert, die Sie als Kind erzählten? Reagierten sie allgemein positiv oder negativ? Haben sie Ihren frühkindlichen Humor unterstützt? Hatte das eine Wirkung auf die Entwicklung Ihrer Fähigkeiten und Gewohnheiten im Witze erzählen?

...

## **Stufe 4b Wortspiele als Fundament für unseren wörtlichen Sinn für Humor**

### **Theorie**

Das Wortspiel ist ein Begriff aus der Allgemeinsprache und steht für einen spezifischen Umgang mit der Sprache. Diese Verwendung kann geistreich, witzig, sarkastisch, aber auch kalauernd sein. Das Wortspiel bedient sich dabei der homografen oder homonymen Wörter und Ausdrücke. Zum Einsatz kommen im Wortspiel zudem mannigfaltige Techniken, wie etwa die Auflösung von Zusammensetzungen, die Ableitung, das Wörtlichnehmen, der Vergleich, die Buchstabenumstellung, die Umstellung von Wörtern, Akzentverlagerung, leichte Veränderung der graphischen oder lautlichen Gestalt.

Bei Kindern kommen Wortspiele häufig vor, da die Normen der Erwachsenensprache noch nicht internalisiert sind. Auch ungewollte Wortspiele gibt es fast täglich (siehe Literatur: zum Beispiel „30 Kilo Fieber“).

Der ein oder andere kennt den Ausdruck: „Das Wortspiel ist die niedrigste Form des Witzes.“ Warum nutzen wir es als Startpunkt, um zu lernen, den eigenen wörtlichen Humor zu schaffen? Weil das der Punkt ist, wo die TN wahrscheinlich aufhörten, ihren Sinn für Humor während der Kindheit oder der Jugend zu entwickeln. Kinder beginnen im Alter von sechs oder sieben Jahren Wortspiele zu verstehen und benötigen eine Phase von mehreren Jahren, um auf Wortspielen basierte Rätsel zu erzählen.

### **Typen von Wortspielen**

Es gibt unterschiedliche Formen des Wortspieles. Die häufigsten sind:

(<http://de.wikipedia.org/wiki/Wortspiel>)

- Paronomasie: die klangliche Ähnlichkeit von Wörtern ist die Grundlage:  
*Eile mit Weile – Wer rastet, rostet – Urbi et orbi*



- Polysemie: die Mehrdeutigkeit von Wörtern wird genutzt (oft mit Homonymen)

„Bist du per Anhalter gekommen?“ – „Wieso?“ – „Du siehst so mitgenommen aus.“

- Buchstabendreher: es werden Buchstaben vertauscht  
*Kentucky schreit ficken* (Kentucky Fried Chicken); *Schlauch nicht echt* (auch nicht schlecht)

- als eine Spielsprache entstand in Frankreich Verlan aus Buchstaben- oder Silbendreher, ein Spezialfall davon sind Schüttelreime (etwa: *Auf den diesjährigen Bachfesten sangen leider nicht die Fachbesten.*)

- Silbentrennung: Die Silben mehrerer Wörter werden so getrennt, dass diese Wörter schriftlich einen neuen Sinn ergeben. Der neue Sinn ergibt sich schon vom Kontext, obwohl man die Silbentrennung nicht hört.

„Ich kauf dir Ohrringe von Christian Dior... was passiert denn dann mit denen, Schatz?... du Christian Dior“ (du kriegst die an die Ohren)

„Gleich bist du deinen Kopf los. Dann bist du Kopflös? Ich kauf dir ein Kopflös“

- Es wird mit dem Klang fremdsprachlicher Wörter gespielt, die in einen Satz der eigenen Sprache eingebaut werden:

*Hu Wäng, lang Jäng* (ist Kölsch und bedeutet: Hohe Wände, lange Gänge; klingt aber chinesisch).

*Los Wochos* (hier wurde das deutsche Wort „Woche“ wie ein spanisches Wort verwendet, eigentlich müsste es „Las Semanas“ heißen).

*Tschann, schien d' Sonn' schon? - D' Sonn' schien schon scheen.'* (ein Wortspiel mit dem chinesischen Klang der Worte: „Jean, schien die Sonne schon? - Die Sonne schien schon schön.“)<sup>[1]</sup>

- Wörter, die gleich klingen, jedoch unterschiedliche Bedeutung haben:  
Wenn es Häute (heute) regnet, wird das Leder billig.

Die meisten kennen einen Mitmenschen, der uns – chronisch besessen - ein Wortspiel nach dem anderen um die Ohren haut. Und wie ist die voraussagbare Reaktion? Ein Ächzen!

Der Grund kann sein, dass die Wortspiele für die Person, die sie schafft, komischer sind als für diejenigen, die sie hören. Es ist schwieriger, die schnelle Scharfsinnigkeit aufzubringen, die man für ein spontanes Wortspiel benötigt, um es zu verstehen, als wenn man es selbst präsentiert.

Die Fähigkeit, mit Wörtern zu spielen, wird den TN behilflich sein, wenn sie unter Belastung stehen. Es wird ein starkes Mittel für sie werden, ihre Stimmung jeden Tag zu steuern und zu lenken. Es wird ihnen helfen, ihren emotionalen Zustand selbst zu kontrollieren, anstatt es der Gnade der guten oder schlechten Dinge zu überlassen, die mit ihnen an jedem gegebenen Tag geschehen. Die TN werden gebeten, sich an den Zwecks des Programms zu erinnern (zu lernen, den eigenen Sinn für Humor zu verwenden, um mit schwierigen Lebenssituationen fertig zu werden und nicht andere Menschen mit ihrem fein geschliffenen Witz zu unterhalten - obwohl das auch vorkommen wird, während Sie das Programm durchlaufen).

An die TN: Erinnern Sie daran, als Sie ein Kind waren. Wie oft setzten Sie eigene Wortspiele zusammengesetzt?

Beginnen Sie oder machen Sie damit weiter, die Witze und Rätsel zu wiederholen, die Sie als Kind und Jugendlicher hörten. Als Sie Ihre eigenen Witze und Rätseln zusammensetzten, hätten Sie vermutlich vor Lachen explodieren können. Statt Lachen ernteten Sie vermutlich seltsame Blicke. Oder wenn Sie sie Erwachsenen erzählten, bekamen Sie ein gequältes Lachen, weil sie überhaupt keinen Sinn dafür hatten. Deshalb lenken wir hier den Blick besonders auf die Wortspiele gelenkt wird. Wortspiele sind das grundlegende Fundament für den Wortwitz.

### **Wie man die Fähigkeit entwickelt, wörtlichen Humor zu schaffen**

Es gibt mehrere Möglichkeiten, mit denen Sie Ihre Fähigkeit verbessern können, Ihre eigenen spontanen Wortspiele und andere Formen von Wortwitz zu

präsentieren. Wenn Sie die hier genannten Übungen durchführen, wird das Wortspiel bald zu Ihrer zweiten Natur werden.

### **Eine Übung in vielfachen Bedeutungen**

Menschen, die ihren eigenen spontanen Humor gut schaffen können, sehen sehr schnell andere mögliche Bedeutungen eines Schlüsselwortes oder Ausdrucks während eines Gesprächs. Wir anderen kennen zwar auch diese anderen Bedeutungen, haben aber keine Übung darin, mehrere Bedeutungen gleichzeitig wahrzunehmen, da der Kontext scheinbar immer nur die eine beabsichtigte Bedeutung zulässt. Wenn das spielerische Denken nie Ihr Ding gewesen ist, lag Ihre Aufmerksamkeit vermutlich nie auf Doppelbedeutungen eines Wortes.

Diese Art zu denken können Sie sehr gut lernen, indem sie solche Wörter verwenden, die mit allgemeinen Gegenständen oder Ereignissen verbunden sind, und anfangen, sie auf zwei oder mehr Weisen zu verstehen und sie entsprechend zu interpretieren. Das erzeugt noch keine Wortwitze, aber stärkt Ihre Fähigkeit, Doppelbedeutungen zu sehen und zu schaffen. Ein größeres Bewusstsein von vielfachen Bedeutungen wird Ihnen ermöglichen, Ihre eigenen spontanen Witze zu schaffen. Nehmen Sie dies als eine einleitende Kompetenz, die Ihren Wortwitz in den kommenden Wochen stärken wird.

Die folgende Seite stellt einige Beispiele zur Verfügung: Schauen Sie auf Gegenstände im Zimmer, in dem Sie jetzt sind und vergegenwärtigen Sie sich der Dinge, die zwei oder mehr mögliche Bedeutungen haben. Verwenden Sie auch Verben, die sich leicht verwenden lassen, um Doppeldeutungen zu schaffen.

Um Ihren Fortschritt zu beschleunigen, machen Sie ein Spiel daraus. Üben Sie während sie Auto fahren, auf den Bus warten, den Flur entlang gehen usw. Das hat mehr Sinn als Sie vermuten. Es wird schnell zur Gewohnheit, Mehrfachbedeutungen zu erkennen, die Ihnen schnell in den Sinn kommen. Zunächst kann es sein, dass Sie sich zu der Übung zwingen müssen, aber dafür werden Sie schnell belohnt.

### **Suchen Sie nach Wortspiel auf öffentlichen Zeichen**

Humor wird häufig auf öffentlichen Zeichen verwendet, um Aufmerksamkeit zu gewinnen.

<http://www.direktplus.de/bestpractice/werben-mit-humor/humorinderwerbung4/humor-galerie/humorgalerie1/>

<http://mw.hdm-stuttgart.de/~baetzgen/?p=1351>

[http://www.google.de/imgres?imgurl=http://27.media.tumblr.com/JBy6l1Bb3e5ogl13kLtCHk1eo1\\_500.jpg&imgrefurl=http://fairlyoddmuse.tumblr.com/post/51284876/ffound-54-humorvolle-und-ausgefallene-werbideen&usq=FAIWayKWl6tELtND\\_0FTgJ0JzIU=&h=315&w=425&sz=74&hl=de&start=59&zoom=1&itbs=1&tbnid=mW93yKoN7N2pdM:&tbnh=93&tbnw=126&prev=/search%3Fq%3DHumor%2Bin%2Bder%2B Werbung%26start%3D42%26hl%3Dde%26sa%3DN%26ndsp%3D21%26biw%3D1920%26bih%3D911%26tbn%3Disch%26prmd%3Divnsb&ei=LHTdaoJorAswaf75SGDw](http://www.google.de/imgres?imgurl=http://27.media.tumblr.com/JBy6l1Bb3e5ogl13kLtCHk1eo1_500.jpg&imgrefurl=http://fairlyoddmuse.tumblr.com/post/51284876/ffound-54-humorvolle-und-ausgefallene-werbideen&usq=FAIWayKWl6tELtND_0FTgJ0JzIU=&h=315&w=425&sz=74&hl=de&start=59&zoom=1&itbs=1&tbnid=mW93yKoN7N2pdM:&tbnh=93&tbnw=126&prev=/search%3Fq%3DHumor%2Bin%2Bder%2B Werbung%26start%3D42%26hl%3Dde%26sa%3DN%26ndsp%3D21%26biw%3D1920%26bih%3D911%26tbn%3Disch%26prmd%3Divnsb&ei=LHTdaoJorAswaf75SGDw)

### **Suchen Sie nach Zweideutigkeit in täglichen Gesprächen**

Achten Sie einmal bewusst darauf, Zweideutigkeit in Gesprächen - sowohl in Ihren eigenen als auch in denen anderer - zu finden. Kümmern Sie sich darüber nicht, ob es komisch ist oder ob es als ein Witz gemeint ist. Suchen Sie nach Wörtern mit einer möglichen zweiten Interpretation.

Oftmals werden die Doppelbedeutungen, die Sie bemerken, nicht sehr komisch sein. Kümmern Sie sich nicht darum. Sie machen die ersten Schritte zur Entdeckung und Entwicklung von Wortspielen. Wenn Sie dem ungefähr eine Woche lang an jedem Tag eine gewisse Zeit widmen, um aktiv Zweideutigkeiten zu hören, werden Sie beim Entdecken von doppelten Bedeutungen schnell Fortschritte machen, auch wenn Sie gar nicht mehr nach ihnen suchen.

Zweideutigkeit in der Sprache zu erkennen, bedarf einer bewussten Anstrengung, damit es zu einer täglichen Gewohnheit werden kann. Um den Prozess zu stärken, verwenden Sie Ihr Notizbuch, das Sie auch für Ihre Witzesammlung verwenden. Immer wenn Sie ein Wort sehen oder hören (auf Zeichen, im Gespräch, in einer Zeitung usw.), das Zweideutigkeit enthält, notieren Sie es mit dem jeweiligen

Kontext, in dem Sie im begegnet sind. Das wird Ihre Fähigkeit stärken, zweideutige Kommunikationen zu bemerken.

Einige Beispiele werden hier angeführt, um Ihnen die Grundidee zu geben.

- Lieber ARM dran als Arm ab. (Arm dran oder arm dran)
- Er hat in Havanna LIEBE GENOSSEN. (liebe Genossen oder Liebe genossen)
- Hast du schon einmal TOTE FLIEGEN gesehen? (tote Fliegen oder Tote fliegen)
- Männer standen an den Hängen und PIS(S)TEN.

### **Suchen Sie nach Humor in Zeitungsüberschriften**

Auch einige Zeitungen haben die Gewohnheit übernommen, Wortspiele in einige ihrer Überschriften einzufügen. Wenn Ihre Zeitung das auch tut, machen Sie es zu Ihrer Gewohnheit, nach doppelten Bedeutungen in Überschriften zu suchen und weiter Ihre eigene Sensibilität bzgl. der Zweideutigkeit stärken.

### **„Doofinationen“**

„Doofinationen“ entstehen, indem man einen Aspekt eines Wortes verwendet, um daraus eine wirklich blöde Definition des Wortes herzuleiten. „Doofinationen“ sind eine zugegebenermaßen niedrige Stufe des Humors, aber indem Sie sie erzeugen, stärken Sie auf eine ausgezeichnete Weise Ihre Fähigkeit, Zweideutigkeiten und Spiel in der Sprache zu erkennen. Wieder können Sie dazu Situationen nutzen, in denen Sie ein paar Minuten nichts zu tun haben (in der Schlange wartend, in einem Bus fahrend, auf das Essen in einem Restaurant wartend usw.). Betrachten Sie den Raum für Ideen für verschiedene Verben und Substantive zu finden, aus denen Sie „Doofinationen“ formulieren können. Sie können Zeitungen, Zeitschriften oder jede andere Drucksache als eine Quelle für Wörter verwenden, um damit zu spielen.

Ein Wörterbuch ist der beste Ausgangspunkt für diese Übung. Gehen Sie die Seiten durch und greifen Sie ziellos Wörter heraus, die Ihnen Ideal für

„Doofinationen“ erscheinen. Schreiben Sie die Dinge nieder, die Ihnen in den Sinn kommen, wenn Sie an diese Wörter denken.

Das Wortspiel kommt Ihnen automatisch vor. Schaffen Sie Ihren eigenen „Doofinationen“ der folgenden Begriffe:

### **Überspitztheit**

Überspitztheit ist eine andere Technik, die Ihnen unter Belastung gut tun wird. Wenn Sie Ihr Problem extrem übertreiben und dabei – wohlwollend – ins Lächerliche ziehen, werden Sie leichter darüber lachen können. Und so werden Sie sich vom Problem zu lösen können, anstatt es permanent mit sich herum zu tragen.

(Optional: Eine Frau war über den Herzanfall ihres Mannes und Tod sehr deprimiert. Sie fühlte sich verantwortlich, weil sie ihn unter Druck gesetzt hatte, Arbeit im das Haus zu erledigen, wenn er nach Hause kam. Eine logische Annäherung durch den Therapeuten scheiterte, sie von den Schuldgefühlen zu befreien. Sie klagte sich weiterhin an: „Wenn nur ich ihn besser behandelt hätte...“. Eines Tages, nach einer Bemerkung wie dieser, sagte ihr Therapeut: „Ganz recht. Wir müssen der Tatsache ins Auge sehen, dass Sie ihn umgebracht haben. Es war eindeutig Mord. Das einzig anständige, was Sie nun noch tun können, ist, dass Sie sich am nächsten Polizeirevier stellen.“ Sie gluckste und machte bald gute Fortschritte in ihrer Therapie.)

Wenn Sie dafür anfällig sind, über alltägliche Probleme zu verzweifeln, versuchen Sie, sie zu übertreiben. Schütteln Sie zum Beispiel Ihre Hände, atmen Sie schnell, schreiten Sie hin und her, schreien Sie dazu zum Beispiel: „Oh mein Gott! Oh mein Gott! Jetzt! Das ist das Ende! Ich bin tot. Ich werde daraus nie herauskommen!“ Zur Verstärkung sagen Sie es in einer hohen oder sonst irgendwie verrückten Stimme.

Überspitztheit wird von Komikern allgemein verwendet. Hier einige Beispiele:

Ich hatte eine Höhle so tief, dass mein Zahnarzt mich an einen medizinischen Fußpfleger schickte. (Ein Witz von Woody Allen)

Meine Ranch ist so groß, dass, wenn ich für die Post gehe, ich ein Mittagessen mitnehmen muss.

Ich hatte so viele Pickel als ich ein Kind war, das Blinde immer aus meinem Gesicht lesen wollten.

## **Gruppensitzung Stufe 4b**

### **Eröffnende lustige Tätigkeit**

Jeder TN wird gebeten, einen neuen Witz zu erzählen, den er oder sie sehr komisch findet.

### **Diskussion der Übungen für Stufe 4a**

Es werden die Erfolge und Misserfolge beim Lernen, Erinnern und Erzählen von Witzen seit der letzten Sitzung besprochen. Mögliche Fragen: Wie entschieden Sie, an welche Witze Sie sich erinnern wollten und an welche nicht? Wenn Sie im Witze-Erzählen nicht erfolgreich waren, was ist misslungen? Haben Sie pro Tag einen neuen Witz lernen können? Während die Gruppe ihre Erfahrungen im Lernen und Erzählen von Witzen beschreibt, können die häufigsten Probleme zusammengefasst und nochmals aufgegriffen werden.

Weitere mögliche Fragen: Haben Sie neue Witze in Ihrem Tagebuch notiert, als Sie sie hörten oder haben Sie sich auf Ihr Gedächtnis verlassen? Haben Ihnen Freunde ein Feedback angeboten? Wenn ja, möchten Sie dieses Feedback der Gruppe mitteilen?

Hörten Sie CDs von Comedians seit der letzten Sitzung? Wenn ja, welche? Haben Sie sich darin geübt, deren Performance zu imitieren? Hat das Ihnen dabei geholfen, Ihren eigenen Erzähl-Stil zu entdecken?

Abschließend kann besprochen werden, ob die TN im Stande waren und sind, einen leichten und spielerischen Stil im Erzählen von Witzen zu behalten.

### **Das Schaffen des eigenen wörtlichen Humors**

Die TN werden gebeten, den folgenden Übungen besondere Betrachtung zu schenken:

1) Die Übung in „vielfache Bedeutungen“ stellt einen guten Startpunkt dar: Bilden Sie kleinere Gruppen. Wechseln Sie sich ab, ein Zielwort zu nennen. Eine Person nennt ein Wort, woraus sich mindestens zwei Bedeutungen ableiten lassen. Die andere Person gibt dann die alternative Bedeutung, die folgende Person gibt eine



andere usw. bis ihnen keine weitere Bedeutung mehr einfällt. Erinnern Sie sich, dass, obwohl das keine Witze sind, es Ihnen hilft, die Gewohnheit zu fördern, schnell an alternative Bedeutungen zu denken. Die Übung verläuft schneller, wenn jemand eine vorbereitete Liste von Wörtern mit vielfachen Bedeutungen mitbringt.

2) Für den Fall, dass die TN eine Version von „Doofinationen“ spielen wollen, wird ein Wörterbuch bereit gehalten. Die TN wechseln sich damit ab, ein Wort zu sagen, auf das sie für eine „Doofination“ Lust haben. Der Rest der Gruppe sagt dann laut, was auch immer sie für eine „Doofination“ im Sinn haben. Sobald keine Ideen mehr kommen, schlägt ein weiterer TN ein neues Wort vor, für das eine „Doofination“ abzugeben ist. Das Spielen in der Gruppe wird die TN dabei unterstützen, die „Doofinationen“ später selbstständig zu formulieren.

## Übungen Stufe 4b

Schließen Sie so viele der Übungen in dieses Kapitel ein, wie Sie können. Je mehr Anstrengung Sie investieren, desto schneller wird sich Ihr Wortwitz entwickeln. Viele Übungen sind eigens dafür entwickelt worden, um Ihnen die Gelegenheiten zu geben, diese Schlüsselkompetenz einzuüben. Verbringen Sie so viel Zeit damit wie Sie benötigen, um sich selbst das Gefühl echten Fortschritts zu geben.

- 1) Erledigen Sie die Übung „vielfache Bedeutungen“ mindestens einmal jeden Tag. Tun Sie es, wenn Sie in Ihrem Auto sind, in einer Schlange warten, während Sie alleine essen, während Sie mit dem Bus fahren usw. Selbst wenn Sie nur ein paar Minuten haben, werden Sie aus dieser Übung einen Nutzen ziehen.
- 2) Suchen Sie nach zweideutigen Wörtern oder Ausdrücken in Gesprächen. Konstruieren Sie sich Gedächtnishilfen an Orten, wo Sie sie sehen werden. Notieren Sie sie - wann immer möglich (das wird helfen, die Gewohnheit dazu zu stärken, nach ihnen zu suchen). Benutzen Sie dasselbe Notizbuch, für Ihr Witze-Repertoire. Schließen Sie genug Kontext ein, damit Sie sich später genau an alles erinnern können. Am Ende des Tages durchblättern Sie Ihr Notizbuch und denken Sie an die Zweideutigkeiten, die Sie an diesem Tag bemerkten. Fragen Sie sich, welche komisch waren und welche nicht.
- 3) Notieren Sie auch Beispiele des Wortesspiels in Zeitungsüberschriften in Ihrem Notizbuch.
- 4) Nehmen Sie sich die Zeit, um „Doofinationen“ zu formulieren. Schreiben Sie Ihre „Doofinationen“ in Ihrem Notizbuch auf. Machen Sie ein Spiel daraus!
- 5) Hören Sie sich in Gesprächen um, in der Sie das Gesagte wörtlich nehmen und dadurch eine komische Wirkung erzeugen. Zum Beispiel, wenn jemand zu Ihnen sagt: „ein Auge zuzudrücken“... Suchen Sie weiterhin nach komischen wörtlichen Interpretationen von Überschriften.
- 6) Erzeugen Sie so viele spontane Wortspiele, wie es während der Gespräche möglich ist. Fangen Sie mit Familienmitgliedern, Kollegen oder Freunden an (jemand, mit dem Sie sich sicher und entspannt fühlen). Kümmern Sie sich nicht

darüber, wie komisch sie sind. Sie beginnen gerade erst damit, mit Wörtern zu spielen.

7) Nehmen Sie sich Zeit, an der "Überspitztheitsübung" zu arbeiten, die in diesem Kapitel beschrieben ist. Da diese Übung ein wenig schwieriger ist, üben Sie mit einem Freund oder Kollegen, das verschafft mehr Spaß.

9) Schaffen Sie sich ein Buch mit Cartoons an, aber schaffen Sie Ihre eigenen Überschriften. Verdecken Sie zuerst die vorhandene Überschrift oder versuchen Sie, nicht an die vorgegebene Überschrift zu denken. Tun Sie das mit einem Partner oder zu mehreren, wenn möglich. Lassen Sie es zur Gewohnheit werden, sich die Cartoons in Ihrer Tageszeitung anzuschauen und dazu Ihre eigene Überschrift jeden Tag zu schaffen.

## Weitere Übungen Stufe 4b

### Zum Spiel mit der Sprache

- 1) Warum stöhnen wir oft bei Wortspielen?
- 2) Wann fangen Kinder an, Wortspiele zu verstehen?
- 3) Sind alle Rätsel und Witze gleich? Wie würden Sie sie klassifizieren?
- 4) Warum erscheinen Wortspiele allgemein der Person komischer, die sie schafft als der Person, der es erzählt wird?
- 5) Können Ihre eigene Wortspiele Sie dabei unterstützen, Sie zum Entdecken anderer Formen des Humors im täglichen Leben zu sensibilisieren? Wie?
- 6) Kann das Spiel mit der Sprache Ihnen helfen, mit Belastung fertig zu werden?
- 7) Wenn Sie erfahrener mit dem Humors werden, wie könnte das Ihre Arbeitsleistung verbessern?
- 8) Benennen Sie einige Situationen, in denen Sie bemerkten, dass andere Menschen witzige Bemerkungen machten, die unpassend waren. Warum waren sie für Sie persönlich unpassend?

### Gegenwärtiger wörtlicher Sinn für Humor

- 1) Genießen Sie Wortspiele und andere Formen des Wortspieles? Warum (nicht)?
- 2) Wie oft verwenden Sie Wortspiele in Gesprächen?
- 3) Welche Form des wörtlichen Humors, den Sie initiieren, bevorzugen Sie?
- 4) Ziehen Sie es vor, Ihren eigenen spontanen Wortwitz zu formulieren oder erzählen Sie lieber eingeprägte Witze und Geschichten?
- 5) Wie oft schaffen Sie Ihren eigenen Wortwitz einzusetzen? Was hält Sie davon ab, das öfter zu tun?
- 6) Wie wichtig ist es für Sie, Ihre Kompetenzen beim Schaffen von Wortspielen und anderen Formen von Wortwitz zu verbessern?

### Frühe Entwicklung und Einflüsse

- 1) Hatten Sie als Kind eine Phase, in der Sie ständig Rätsel erzählten? Wenn möglich, fragen Sie Ihre Eltern oder jemanden, der Sie als ein Kind kannte. Wer

forderte Sie auf, weniger Rätsel und Witze zu erzählen, als Sie älter wurden?

2) Gab es irgendeine andere Phase in Ihrer Kindheit oder im Jugendalter, während welcher Sie viele Witze erzählten?

3) Wenn Sie auf Ihr Leben blicken (einschließlich Ihrer erwachsenen Jahre), in welchem Alter waren Sie für das Schaffen Ihres Wortwitzes am „anfälligsten“? Warum denken Sie, dass Sie damals öfter taten, als Sie es jetzt tun?

4) Wenn Sie als Heranwachsender Witze erzählten, prägten Sie sie sich die Witze für gewöhnlich ein oder haben Sie eher Ihre eigenen spontanen Witze formuliert?

5) Welche Form von Humor zeigten Sie als Kind oder Jugendlicher?

6) Wer hatte den größten (positiven oder negativen) Einfluss auf Ihre Fähigkeit zum Wortwitz?

7) Wie haben Ihre Mutter und Ihr Vater Ihre Fähigkeit zum Wortwitz beeinflusst.

## Stufe 5

### Theorie

Der Humor zeigt seine gesundheitsfördernde Kraft am wirkungsvollsten, wenn man ihn dazu verwendet, um Belastungen zu meistern. In dieser Stufe sollen die Kenntnisse bei der Entdeckung der komischen Seite von alltäglichen Ereignissen verbessert werden. Wenn die TN die Übungen der Stufen 1 bis 4 erledigt haben, haben sie ihre Gewohnheiten wahrscheinlich schon verändert. Mehr spielerisch zu werden bringt die TN in eine seelische Verfassung, in der sie die komische Seite von Dingen leichter erkennen werden. Selbst wenn jemand ein eher ernster Typ ist, fällt es den TN wahrscheinlich jetzt bereits leichter als noch zu Beginn des Programms, das Denken umzuschalten und spielerisch zu werden. Ist es wahrscheinlich jetzt leichter, das Denken umzuschalten und spielerisch zu werden. Und wahrscheinlich - während die TN noch versuchen, Witze wirkungsvoll zu erzählen und nach Wortspielen in täglichen Gesprächen, Zeitungen und auf Zeichen suchen - werden sie allmählich damit anfangen, die komische Seite von Situationen zu sehen, die nichts mit der Sprache zu tun haben.

Die Absicht der Stufe 5 ist es, die TN für die humorvollen Gelegenheiten in ihrem alltäglichen Leben zu sensibilisieren, also zu Hause, im Lebensmittelgeschäft, in ihren Beziehungen und in jeder anderen Situation Ihres Lebens. Sie werden lernen, Humor gerade dort zu entdecken, wo sie ihn am wenigsten erwarten.

Die TN werden feststellen, dass sie täglich zu solchen humorvollen Gelegenheiten eingeladen werden, aber sie sie einfach nicht sehen.

Die TN werden wahrscheinlich einige Zeit bewusster Anstrengung investieren müssen, bevor Sie beginnen, überall Lustiges zu entdecken, ohne danach zu suchen. Diese Fähigkeit frei von den alltäglichen Belastungen zu entwickeln, ist eine der wichtigsten Erfahrungen, um sich darauf vorzubereiten, Humor später vor allem inmitten von Stress und Belastung zu finden.

Es ist leicht, Humor in diesen Tagen zu finden. Das Internet ist eine nie versiegende Quelle von Witzen und komischen Geschichten zu fast jedem Thema

oder Ereignis. Und natürlich gibt es Sitcoms und Komödien, komische Fernsehanzeigen, Stand-Up-Comedians im Fernsehen und in Klubs, regelmäßig erscheinende Cartoons in Zeitungen und Zeitschriften, komische Zeitungskolumnisten usw. Aber mit diesem fertig abgepackten Humor, mit dem wir täglich konfrontiert werden, hilft uns wenig, Belastungen zu reduzieren. Dieser „Konservenhumor“ kommt oft am Anfang oder am Ende des Tages und nicht, wenn die TN in belastenden Situationen stecken. Und es bietet keine bedeutungsvolle Verbindung zu jenen Situationen. Humor wird in diesen Fällen passiv übergestülpt, die TN zeigen und erzeugen ihn aber nicht aktiv!

Um Humor zur Bewältigung belastender Situationen einsetzen zu können, müssen die TN ihren eigenen Humor aktiv schaffen. Sie sind oft am Ort des Geschehens, wenn es sie den Humor in ihrem eigenen Leben entdecken. Leider sehen sie es nur selten, weil ihr Kopf mit wichtigeren Dingen beschäftigt ist, z. B. damit, das Mittagessen zuzubereiten, die Kaffeemaschine startklar zu machen und die Tatsache zu akzeptieren, dass sie den Müll öfter hinaustragen als es z. B. der Partner tut.

Die TN sollen dazu angeleitet werden, nach der heiteren Seite in weniger anstrengenden Situationen zu suchen, bevor sie das in anstrengenden Situationen tun.

Die Entdeckung des Humors wird zuerst zusätzliche Zeit und geistige Anstrengung erfordern. Aber wenn die TN die "Entdeckung des Humors" für einige Zeit in den Vordergrund gestellt haben, werden sie bemerken, dass es immer weniger Zeit und Anstrengung kostet. Bald wird keine zusätzliche Zeit mehr benötigt. Die TN werden Dinge bemerken, die sie lachen lassen, während sie in der Tätigkeit des Moments völlig beschäftigt bleiben werden. Das ist der Moment, indem Humor beginnt, ihnen zu dienen. An diesem Punkt gibt Humor die Energie zurück, die belastungsveranlasste Wut, Angst, und Depression aufgrund von Belastungen ihnen gestohlen haben und stehlen. Je mehr die TN sich in Stufe 5 vertiefen, desto schneller werden sie diese Änderung an sich selbst sehen.

### **Was ist eine humorvolle Perspektive?**

Wir alle haben verschiedene Perspektiven auf die Welt. Männer und Frauen, Teenager und Erwachsene, alle haben verschiedene Perspektiven auf das Leben, weil sie alle unterschiedliche Voraussetzungen mitbringen, um Dinge zu begreifen und zu verstehen.

Die Perspektive ist auch anderweitig noch wichtig. Die TN sollen sich in dem Zimmer umschaun, in dem sie sich in diesem Augenblick befinden. Sie sollen dort fünf Dinge finden, die rund sind. Dann fünf Dinge, die rot sind. Diese Dinge waren dort bereits die ganze Zeit, aber sie wurden nicht gesehen - weil niemand nach ihnen gesucht hat. Die TN hatten keinen „Grund“, um „rund“ oder „rot“ zu sehen.

Dasselbe geschieht mit dem Humor. Die TN werden den ganzen Tag durch Situationen umgeben, in denen sie etwas komisch finden könnten - wenn sie einen „Grund“ dazu haben, um danach zu suchen. In der Stufe 5 werden die TN lernen, mit dem Humor ebenso zu verfahren wie mit der Frage "Was sind die runden Dinge im Zimmer?".

Fragen an die TN: Was bedeutet es, eine humorvolle Perspektive auf das Leben zu haben? Wie wird die ernste Perspektive mit der komischen verbunden? Wie denken Humoristen? Wie unterscheiden sich die Denkweisen? Humoristen können schnell von einer ernsten seelischen Verfassung auf eine spielerische umzuschalten. Das macht es Ihnen leicht, eine heitere Seite der Dinge zu sehen, die andere sie verpassen. Des Weiteren haben sie ungewöhnlichere Verknüpfungen zu Ereignissen und sind bereiter als der Rest von uns, die Welt zum Spaß auf den Kopf zu stellen. Sie haben Freude daran, mit verrückten Ideen zu spielen. Das hilft, ein hohes Niveau der geistigen Flexibilität und Kreativität zu stützen.

Humoristen haben eine eingebaute Tendenz, die Widersprüchlichkeiten, die Ironie, die Absurditäten und Lächerlichkeiten des wahren Lebens zu sehen und zu genießen. Sie gedeihen auf den Kuriositäten alltäglicher Ereignisse:

(Optional: Ein Mann in Texas hatte sich dem Gesetz seit 17 Jahren verborgen. Er wurde schließlich gefangen, als er sich mit dem FBI in Verbindung setzte, um



herauszufinden, ob sie nach ihm noch suchten.

\*\*\*

Nach seiner Gallensteinoperation erwachte ein Mann in seinem Krankenhauszimmer und entdeckte die Steine auf einem Tablett zusammen mit seinen Medikamenten. Eine Krankenschwester hatte sie dort abgelegt, so konnte er die Ursache seiner Folter sehen. Mit einiger Anstrengung (er dachte, sie seien Medizin), bekam er sie schließlich runter.

Wie kommen die TN zu dem Punkt, an dem sie die komische Seite von Dingen bemerken? Mehrere leichte Unternehmungen können sie machen tun:

### **„Was ist dabei komisch?“ - Gedächtnishilfen**

Wenn die TN selten Humor in Ihrem Leben finden, können sie sich auf folgende Weise ganz einfach helfen:

1. Stellen Sie Gedächtnishilfen an wichtigen Orten (Kühlschrank, Schreibtisch, Auto, usw.) auf, um komische Dinge in Situationen aktiv zu erkennen, wo Sie sonst nichts Lustiges haben erkennen können.
2. Konzentrieren Sie sich auf Ihre Arbeiten über den Tag hinweg und auf Ihre Beziehungen. Am Anfang werden Sie sehr gründlich und genau fragen müssen: „Ist dort irgendetwas Unheimliches, etwas Auffälliges, Überraschendes, Ironisches oder Absurdes?“ Oder Sie können einfacher und bequemer fragen: „OK, wenn ich (nennen Sie Ihren eigenen Lieblingskomiker) wäre, was würde ich komisch daran finden?“ Mit der Zeit werden Sie sich nicht mehr bewusst fragen müssen. Sie werden automatisch die heitere Seite von Dingen bemerken, die geschehen.
3. Haben Sie Freude an den Dingen, die Kinder aus ihrer Naivität heraus sagen. (Kindermund)
4. Halten Sie einen Moment inne, um sich zu fragen: „Was ist hier komisch?“ Wenn Sie nichts Lustiges finden können, können Sie auch die Frage ändern: "Wie könnte ich diese Situation ändern, so dass sie lustig wäre?" Übertreiben und verdrehen Sie die Verhältnisse ganz frei nach Lust und Laune.

### **Fragen Sie Ihre Mitmenschen nach dem Humor, den sie sehen**

Einige Ihrer Freunde oder Kollegen können bereits einen gut entwickelten Sinn für Humor haben und sind sehr gut darin, die komische Seite von Dingen zu bemerken. Finden Sie diese Leute, während Sie an Stufe 5 arbeiten und verbringen Sie mehr Zeit mit ihnen. Wann auch immer Sie sie sehen, nehmen Sie sich die Zeit, um nach den komischen Dingen zu fragen, die sie kürzlich bemerkt haben. Sprechen Sie mit anderen über die humorvollen Dinge, die sie bemerkt haben. Leute, die das Lustige im Leben genießen, haben daran Freude, es mit Ihnen zu teilen. Die komischen Dinge, die diese Menschen bemerken, wird auch Sie für das komische in diesen Ereignissen sensibilisieren.

(Optional: Ein Krankenhaus-Angestellter sagte mir kürzlich, dass jemand auf einem Anschlagbrett einen Artikel angeschlagen hatte, der lautete: „Die Forschung zeigt, dass die ersten fünf Minuten des Lebens sehr unsicher sind.“ Jemand hatte darunter geschrieben: „Die letzten fünf Minuten sind auch nicht mehr so sicher.“

\*\*\*

„Wenn Sie rauchen, bitte nicht ausatmen.“ (Zeichen in einem Taxi )

### **Niederschreiben**

Die TN werden dazu ermuntert, wann auch immer sie irgendetwas als komisch empfinden, es bei der ersten Gelegenheit zu notieren. Sie können jedes Stück Papier verwenden, das sie finden, um es dann später in ihrem Humortagebuch zu übertragen. Wenn die TN nicht die Zeit haben, um die Details sofort festzuhalten, können sie sich ein Schlüsselwort oder einen Ausdruck als Gedächtnishilfe aufschreiben, um die Detail später zu ergänzen. Das wird ihnen dabei helfen, die komische Situation nicht zu vergessen und gleichzeitig die Gewohnheit zu verstärken, Humor im Alltag zu bemerken.

### **Den beobachteten Humor teilen**

Beobachtungen von komischen Ereignissen mit anderen Menschen zu teilen, ist

eine andere großartige Möglichkeit, die Wahrnehmung von lustigen Dingen im Leben zu schärfen. Die TN sollen sicherstellen, dass sie sich damit gut fühlen. Sie sollen sich auch vergewissern, dass sie es selbst komisch finden, was sie beobachten. Sie können die komische Beobachtung bei jedem erwähnen, dem sie begegnen. Indem die TN dieselbe Geschichte immer wieder erzählen, wird sich ihre Fähigkeit der TN schnell verbessern, die Erzählung interessant zu gestalten. Indem die TN das tun, werden sie sich darüber klar, dass einige komische Dinge, die sie gerade sehen, nicht mehr komisch sein werden, wenn sie sie jemand anderen beschreiben. Situationshumor ist häufig vom Typ „Sie müssten dort gewesen sein...“. Es ist unmöglich, alles wiederzugeben, was geschah. Sie können sicher die Stimmung und andere immaterielle Werte nicht wiederherstellen, die diese komische Situation hervorgebracht hat. Egal wie gut man die Geschichte erzählt, manche Menschen werden sie mit Sicherheit verwirrt anschauen und sagen: „Aha...“. Die TN sollen sich dadurch nicht entmutigen lassen. Die TN sollen sich bewusst machen, dass es nicht ihre Aufgabe ist, andere Menschen zum Lachen zu bringen. Sie sollen vielmehr sensibler dafür werden, Dinge zu beobachten, die sie selbst komisch finden, denn nur das hilft, die eigene Gesundheit zu fördern und glücklich zu sein. Es bringt sie auch in eine seelische Verfassung, die in vielen Bereichen des Lebens von Vorteil ist. Da sie sich beim Entdecken ihres eigenen Humors erholen, werden sie sich auch bei der Entscheidung darüber erholen, welche Ereignisse für jemanden komisch sein werden und für andere nicht.

(Optional: Eine Frau erklärte, wie sie den Rasen auf einem kleinen Friedhof mähen wollte und deshalb ihren Papageien in seinem Käfig zurückließ, der an einem nahe gelegenen Baum hing. Als sie in einiger Entfernung vom Käfig arbeitete, kam eine ältere Dame zu einem der neuen Gräber. Als sie sich dort knieend in ihrem eigenen Kummer verlor, wurde sie erschreckt von einer nahe gelegenen Stimme: „Helloo-oo“. Sie sah sich um und fand niemanden und wieder war es da: „Helloo-ooo“. Sie blickte ringsherum, mehr verzweifelt als zuvor - und hatte ein unbehagliches Gefühl, weil sie begriff, dass sie allein war. Als sie den Papagei

entdeckte, brach sie in schallendes Gelächter aus.

Das ist ein gutes Beispiel des Humors, der sowohl der älteren Dame als auch der Gras-Mäherin viel komischer sein musste (die schließlich hinzukam und von der Besucherin hörte, was gerade geschehen war). Während die Geschichte komisch ist, weil wir die Reaktion der erschreckten Frau darstellen können, war es in Wirklichkeit sicher viel komischer. Es würde schwierig sein, alles in Wörtern alles zu fassen, was ihr losgeprustetes Lachen bewirkte.)

## Gruppensitzung Stufe 5

### Eröffnende lustige Tätigkeit

Jeder darf zu Beginn der Sitzung einen Witz erzählen, wenn er möchte.

### Diskussion der Übungen zu Stufe 4

**Das Erzählen von Witzen.** Mögliche Fragen: Wie war Ihre Erfahrung im Erzählen von Witzen? Wie viele Witze haben Sie neu gelernt? Wem erzählten Sie Ihre Witze? Wie reagierten die anderen? Wie gut und sicher fühlten Sie sich beim Erzählen der Witze? Welche Schwierigkeiten hatten Sie entweder im Erinnern oder im Erzählen der Witze? In welche Weise sind Sie jetzt besser im Erzählen von Witzen als Sie es vorher waren?

**Das Erzeugen von Wortwitz.** Allgemeiner Vorschlag: Um Ihre Fähigkeit zum Wortwitz weiterzuentwickeln, suchen Sie nach zweideutigen Wörtern, die in der Diskussion dieser Sitzung vorkommen. Sie einander gegenseitig darauf hin. Das wird jedem in der Gruppe helfen, dass es für Wortspiele und anderen Sprachwitz immer Möglichkeiten gibt.

**Folgende Aufgaben und Fragen sollen zunächst mit einem Partner und dann in der Gruppe besprochen werden:**

- 1) Nennen Sie Beispiele von Wortspielen, die Sie in Zeitungen und auf Zeichen bemerkt haben. (Nehmen Sie Ihr Humortagebuch zur Hilfe.)
- 2) Wie erfolgreich waren Sie damit, Zweideutigkeit in Gesprächen zu bemerken?
- 3) Wie leicht taten Sie sich beim Erzeugen von Wortspielen und anderem Wortwitz?
- 4) Haben Sie die Übung „vielfache Bedeutung“ jeden Tag durchgeführt?
- 5) Benennen Sie einige „Doofinationen“, die Sie formuliert haben.
- 6) Besprechen Sie andere Aspekte Ihrer Bemühungen, Ihren Wortwitz zu verbessern.

### Diskussion der Stufe 5

Die vorliegenden Übungen zu Stufe 5 zielen darauf ab, den Humor und humorvolle

Momente im alltäglichen Leben (wieder) zu entdecken. Einige der Themen der obengenannten Diskussion können als Ausgangspunkt für die Stufe 5 verwendet werden. Jeder TN sollte auch einen oder zwei der vorgeschlagenen Übungen für die ausführliche Diskussion innerhalb der Gruppe auswählen.

## Übungen Stufe 5

- 1) Nehmen Sie an, dass es ein allgemeines Komplott unter Menschen gibt, um Situationen zu schaffen, um Sie zum Lachen zu bringen. Ziehen Sie los und entdecken Sie etwas Komisches in jeder beliebigen alltäglichen Situation. Fragen Sie sich „Was ist hier komisch?“ oder „Was könnte hier komisch sein?“
- 2) Nehmen Sie Ihr kleines Notizbuch immer mit. Schreiben Sie komische Dinge nieder, während Sie unterwegs sind. Finden Sie jeden Tag etwas, was Sie aufschreiben können. Suchen Sie danach überall. Aktualisieren Sie so Ihr Humortagebuch täglich.
- 3) Machen Sie sich aktiv und unentwegt bewusst, eine spielerische seelische Verfassung aufrechtzuerhalten. Das wird Ihnen helfen, das Heitere in den täglichen Situationen zu erkennen.
- 4) Tun Sie auch weiterhin alles, was Sie für Stufe 4 getan haben. Das wird Ihnen helfen, mehr unerwartete Ereignisse komisch zu finden.
- 5) Halten Sie humorvolle Gedächtnishilfen bereit, um sich mit Humor zu umgeben.
- 6) Um sich zum Sehen komischer Dinge zu sensibilisieren, ändern Sie einige Ihrer täglichen Gewohnheiten: Bürsten Sie Ihre Zähne mit der anderen Hand. Ziehen Sie Ihre Kleidung in einer anderen Ordnung an. Das kann behilflich sein, alte Muster des Denkens zu zerbrechen. Werden Sie aufmerksamer für die ungewöhnlichen und kuriosen Dinge im Alltag.
- 7) Fragen Sie Freunde, Angehörige, Bekannte, welche komischen Dinge sie beobachtet haben oder kürzlich erlebt haben. Fragen Sie sie ganz spezifisch, was sie absurd, lächerlich oder bizarr finden an den Regeln und Erwartungen in Zusammenhang mit ihrem Beruf, der Politik, oder jeden anderen Aspekt des Lebens.
- 8) Beobachten Sie und stellen Sie fest, welchen Humor Sie mit Ihren Freunden, Familie und anderen Mitmenschen teilen.
- 9) Vergleichen Sie komische Situationen im Fernsehen mit Ereignissen in Ihrem

eigenen Leben. Ist irgendetwas davon jemals in Ihrem Leben geschehen, was Sie im Fernsehen gesehen haben?

10) Wären Sie bereit, in der folgenden Sitzung ein komisches Ereignis zu teilen, das Sie während der Woche beobachtet haben?



## Weitere Übungen Stufe 5

**Notieren Sie Ihre Antworten auf die folgenden Fragen so detailliert wie möglich in Ihrem Humortagebuch.**

### Sehen Sie die komischen Seiten des Lebens

- 1) Was bedeutet es, eine humorvolle Perspektive auf das Leben zu kultivieren?
- 2) Wie sehen Humoristen die Welt an?
- 3) Betrachten Sie das Zimmer und finden Sie fünf Dinge, die z.B. blau sind. Diese Dinge waren die ganze Zeit im Zimmer, aber Sie bemerkten sie nie. Gibt es einen Vergleich zu Ihrem Humor?
- 4) Stimmen Sie der Ansicht zu, dass Humor eine Form des intellektuellen Spiels oder ein Spiel mit Ideen ist?
- 5) Warum ist eine Geschichte, die Sie aus Ihrem eigenen Leben erzählen, für andere nicht ebenso lustig wie für Sie? Was bedeutet der Ausdruck „Sie müssten dort gewesen sein“?

### Gegenwärtige Fähigkeit, Humor im täglichen Leben zu finden

- 1) Wie oft können Sie über Dinge in Ihrem alltäglichen Leben lachen (z.B. mehrere Male am Tag, einmal oder zweimal pro Tag/Woche/Monat)?
- 2) Wo werden Sie höchstwahrscheinlich etwas Komisches bemerken?
- 3) Was ist das Komischste, was Ihnen jemals geschehen ist?
- 4) Denken Sie an die täglichen Routinen in Ihrem Beruf. Finden Sie zwei Aspekte dieser Routinen, die wirklich ziemlich absurd oder lächerlich sind, jetzt wo Sie bewusst darüber nachdenken. Schreiben Sie auch auf, warum sie absurd sind.
- 5) Wie ist das Komischste, das Ihnen in Ihrer Ehe oder in anderer vertrauter Beziehung passiert ist?
- 6) Welche Unterschiede haben Sie bemerkt, wie Männer und Frauen auf komische Situationen reagieren?
- 7) Welcher Einfluss hat Ihre tägliche Stimmung oder Belastung auf Ihre Bereitschaft, die komische Seite von Ereignissen zu bemerken?
- 8) Unter welchen Bedingungen wissen Sie den Humor um Sie herum wahrscheinlich am meisten und wann am wenigsten zu schätzen?

**Frühe Entwicklung und Einflüsse**

- 1) Wie gut waren Sie beim Entdecken komischer Ereignisse in Ihrer Kindheit und in Ihrer Jugend gewesen?
- 2) Was ist das Komischste in Ihrer Kindheit und in Ihrer Jugend gewesen, an das Sie sich erinnern können?
- 3) Wie gut waren Ihre Mutter und Ihr Vater bei der Entdeckung des Humors im täglichen Leben gewesen, während Sie aufwuchsen?
- 4) Wer waren Ihre Vorbilder, um zu erfahren, wie man über das Leben lacht (schließen Sie Eltern, Verwandte, Freunde, Lehrer ... ein)?
- 5) Was hat insgesamt den größten Einfluss auf Ihre gegenwärtige Fähigkeit, die heitere Seite im Alltag zu bemerken?
- 6) Wenn Sie anderen Eltern Rat darüber geben sollten, ihren Kindern den Wert der Heiterkeit im Alltag zu vermitteln: Was würden Sie ihnen sagen? Warum würden Sie diesen Rat geben?

## Stufe 6

### Theorie

Die Fähigkeit, über die eigenen Fehler und Schwächen zu lachen, gilt bereits lange als ein Zeichen der Reife. Und dennoch ist es einer der schwierigsten Aspekte des eigenen Sinns für Humor, den es zu entwickeln gilt. Die TN werden das durch die Stufen 1 bis 5 zur Verfügung gestellte Fundament brauchen, wenn ihr Sinn für Humor verschwindet, wenn sie der Auslöser des Witzes sein werden. Aber die TN werden durch ihre Anstrengungen in der Kultivierung der Stufe 6 belohnt.

### Wir nehmen uns zu ernst!

Oskar Wilde formulierte einmal: „Das Leben ist zu wichtig, um es ernst zu nehmen.“ In dieser paradoxen Behauptung meinte er natürlich nicht, dass das Leben egal ist. Er meinte nicht, dass Menschen ihre Versprechungen nicht halten, sich um Recht und Moral nicht kümmern oder ihre Verantwortung nicht wahrnehmen sollten. Er meinte, dass die Qualität ihres Lebens leidet, wenn sie alles todernst nehmen.

Jeder von uns hat wunde Punkte, an denen wir nur schwer über uns lachen können. In einem Fall ist es vielleicht ein körperliches Merkmal. Manchen Menschen gefällt es vielleicht nicht, dass sie z. B. zu dünn oder zu übergewichtig, zu groß oder zu klein sind oder dass sie eine kahle Stelle auf dem Kopf oder dunkle Ränder unter ihren Augen haben. Sie können über alles scherzen, aber darüber nicht! Vielleicht fühlen sie sich plump oder ungebildet oder ärgern sich über ihren schlechten Stil. Vielleicht bringt ihr Dialekt in Verlegenheit. Die TN werden diesen „Zonen ohne Lachen“ frontal in der Stufe 6 gegenüberstehen. Und sie werden sich vor Freude erregt und befreit erleben, weil sie die Erleichterung spüren, wenn sie über die Dinge nunmehr lachen können, die sie bisher geärgert oder in Verlegenheit gebracht haben.

Die TN werden sich dabei erholen, wenn sie beginnen, über sich selbst lachen zu können. Sie werden lernen, genau das zu ihrem Vorteil einzusetzen.

### **Was bedeutet es, sich leicht zu nehmen?**

Frage an TN: Haben Sie jemals daran gedacht, was es bedeutet, sich weniger ernst zu nehmen? Es bedeutet **nicht**:

- 1) Sie haben eine niedrige Meinung von sich selbst.
- 2) Sie machen sich selbst klein.
- 3) Sie sind unfähig, nicht professionell, unreif oder verantwortungslos.
- 4) Sie sind nie ernsthaft.

Sie können sich weniger ernst nehmen und sich dabei doch wertschätzen und achten. doch Tatsächlich erhöht die Fähigkeit, über sich selbst zu lachen, allgemein die Wahrnehmung der anderen Qualitäten - so lange Sie es nicht übertreiben! Wenn Sie Ihren ganzen Humor gegen sich selbst verwenden, wird er gegen Sie, aber nicht für Sie arbeiten. Menschen werden Sie als unsicher einschätzen und Ihnen ein eher ein geringeres Selbstbewusstsein zuschreiben. Und das kann andere wiederum dazu bringen, Ihre Kompetenz und Professionalität anzuzweifeln. Der Kunst besteht darin, zu zeigen, dass Sie über sich selbst lachen können, es aber die ganze Zeit tun (müssen).

Sie können über sich selbst auf eine Weise scherzen, wenn Sie voller Freude und Wertschätzung Ihrer selbst ist, oder aber auch voller Bitterkeit, Enttäuschung und Abneigung gegen Sie selbst. Es liegt ganz in der Einstellung zu sich selbst, die Sie mitbringen. Wenn Spaß aus Bitterkeit und Selbstabneigung rührt, erniedrigen Sie sich selbst – und verlieren zunehmend Ihre Selbstachtung. In diesem Fall trägt der Humor nichts zu Ihrer Gesundheit bei. Aber Sie können auch auf eine Weise über sich selbst lachen, die überhaupt nicht negativ ist und die zeigt, dass Sie sich selbst angenommen haben, akzeptieren und in Frieden mit sich leben.

### **Sich selbst leicht zu nehmen, bedeutet:**

- 1) Das Erkennen, dass Sie nicht das Zentrum des Weltalls sind.

In gewisser Hinsicht sind Sie natürlich das Zentrum des Weltalls - Ihres Weltalls. Aber im weiteren Sinne von Dingen sind wir eine kleine Nummer. Das zu erkennen und anzuerkennen, hilft vielen Menschen, über sich selbst und über kleinere

Probleme hinwegzusehen. Wenn sie einen Fehler machen oder etwas Peinliches tun, kümmert sich der Rest der Welt üblicher Weise nicht darum. Hinweis für TN: Brüten Sie darüber nicht nach, akzeptieren Sie es und es wird weitergehen.

2) Die Erkenntnis, dass Ihre eigene Perspektive eine unter vielen anderen Perspektiven ist.

Das ist für viele Menschen schwierig. Sie müssen aus sich selbst heraustreten, um wirklich andere Perspektiven zu schätzen (Perspektivenwechsel). Zum Beispiel hilft das eigene Land aus einer anderen, aus einer neuen Perspektive zu sehen, wenn man einmal in einem anderen Land gewesen ist. Sie beginnen zu begreifen, dass jede Kultur ihren eigenen Sinn an der Welt gewinnt, und dass nicht einzelner „richtiger“ ist als ein anderer.

Auf dieselbe Weise können die TN ihre Perspektive auf die Dinge verändern und erweitern, können auf die peinlichen Momente im Leben oder auf einen gehassten persönlichen Fehler reagieren, indem sie aufmerksam beobachten, wie sich andere Menschen mit ihren Fehlern arrangieren. Andere Menschen zu beobachten, wie sie eine heitere Seite in peinlichen Momenten entdecken oder über sich selbst scherzen, kann sehr erheiternd sein. Es zeigt ihnen, dass sie sich für ihre Fehler nicht bestrafen müssen; sie können einen Weg finden, über sie zu lachen und weiter zu machen.

3) Die Schermut über einen begangenen Fehler verweigern.

Erst sich leichter zu nehmen erlaubt es auch, diese Gefühle anzunehmen. Es befreit Sie von den schweren Gefühlen, es setzt eine positive, fröhliche Stimmung ein, die eigentlich mit Ihrem Ereignis unvereinbar ist. Sie können nicht schwermütig sein, wenn Sie ein herzliches und heiteres Lachen haben.

4) Die lustige Seite Ihrer eigenen Lebenslage und Ihres Verhaltens entdecken.

Wenn Sie gut über sich selbst lachen können, wird es Ihnen ebenso leicht fallen, den Humor auch darin zu sehen, wenn Sie einen Fehler begehen, ebenso wenn dies jemand anderer tut. Ihr Ego wird nicht bedroht, deshalb können Sie über die Situation lachen - wenn auch Ihr eigenes Verhalten die Situation

heraufbeschworen hat. Und erinnern Sie sich, Sie lachen über Sachen, die Sie machen und die mit Ihnen geschehen, nicht darüber, wer Sie sind. Wenn Sie über Ihre Schwächen und Fehler scherzen können, dann geben Sie sie damit zugleich freimütig zu.

(Optional: Alkoholiker und Rauschgiftsüchtige, die ein 12-Schritte-Programm beginnen, finden in den frühen Stufen des Programms sehr wenig zum Lachen. Deshalb zielt das Programm darauf ab, dass die betroffene Person zulässt und akzeptiert, dass sie / er ein süchtiger Mensch ist. Wenn das erreicht wird, ist es leichter, den Humor in einigen Dingen zu sehen. Zum Beispiel sagte ein trockener Alkoholiker einmal, dass er es nie als sonderbar betrachtete, eine achtspurige Autobahn zu überqueren, um schneller zu seinem Wein- und Spirituosengeschäft zu kommen. Er lacht jetzt über die verrückten Sachen, die er zu tun pflegte, nur um an Alkohol zu kommen.)

Wenn man über einen persönlichen Fehler, einen körperlichen Mangel oder eine eigene Schwäche lachen kann, werden auch diejenigen um einen herum gelassener. Andere können sich am Anfang verlegen fühlen, aber sobald sie sehen, dass man selbst darüber scherzen kann, entspannen sie sich. (McGhee berichtet folgendes: „Ich kannte einmal einen Mann um die 20 Jahre alt, blind und unverheiratet war. Er trug häufig ein T-Shirt mit der folgenden Nachricht auf dem Rücken: „Für ein wirkliches Blind Date rufen Sie Tom an unter...“ und nannte darunter seine Telefonnummer. Es nahm den anderen um ihn herum das schlechte Gefühl, weil er ihnen etwas zu lachen gab - und bekam einige Dates!“)

### **Können Sie lachen, wenn Sie der Auslöser des Witzes sind?**

Um Ihre Fähigkeit, über sich selbst zu lachen, besser bewerten zu können, denken Sie an Situationen zurück, wo Sie der Auslöser des Witzes waren. Haben Sie sich verkrampft, sich geschämt oder waren beleidigt? Natürlich kommt es auch vor, dass manche Menschen echte Feindschaft hinter Witzen über andere verpacken. Wenn Sie das erkennen, müssen Sie auf gar keinen Fall mit ihnen lachen. Den

größten Teil der Zeit jedoch handelt es sich um gutmütigen Spaß.

### **Wie man anfängt, über sich selbst zu lachen**

Frage an TN: Wie können Sie lernen, über sich selbst zu lachen, wenn Sie bisher darin nie gut gewesen sind? Das wichtigste ist, anzufangen und möglichst viele Übungen auszuführen.

### **Machen Sie eine Liste von Dingen, die Sie selbst an sich nicht mögen**

Fragen an TN: Denken Sie an die Dinge, die Sie an sich selbst nicht mögen. Wo sind Ihre wunden Punkte? Wo besteht die Gefahr, dass Sie Ihren Sinn für Humor völlig verlieren? Es gibt zwei Gründe dafür, diese Liste zu machen: Erstens müssen Sie die angesprochenen Aspekte sehr sorgfältig auswählen, Sie müssen sich sehr genau klar darüber werden und Gewissheit haben, wo Ihr Humor versagt. Erst dann erstellen Sie Ihre Liste. Versuchen Sie noch nicht, über sich selbst zu lachen.

Zweitens hat allein die Tatsache, diese Liste anzufertigen, bei einigen Menschen eine überraschende Wirkung. Ein Lächeln schleicht in ihr Gesicht, während die Liste länger und länger wird. Spätestens am 10. oder 15. Punkt erkennen Sie die Absurdität all dessen, was sie an sich selbst nicht mögen.

Teilen Sie Ihre Liste in „schwere“ und „weniger schwere“ Fehler ein. Unterscheiden Sie auch die Fehler in Ihrer Liste, die geändert und nicht geändert werden können; das hilft Ihnen, mögliche Änderungen auch wirklich durchzuziehen. Es hilft Ihnen auch dabei, den Einfluss Ihres Humors zu entdecken, wenn Sie mit einer unveränderlichen Situation konfrontiert werden.

### **Tauschen Sie sich über einen Punkt auf Ihrer Liste mit jemandem aus. Beginnen Sie jeden Tag mit kleinen Dingen.**

Es ist sehr wirkungsvoll, wenn man sich über die Abneigungen gegen sich selbst mit anderen Menschen austauscht. Einige der Barrieren für die Selbstannahme brechen schnelle ein, wenn man jemanden mitteilt, dass man z. B. zu dünn, zu dick, zu klein oder zu groß ist oder zu wenige Haare auf dem Kopf hat. Die bloße

Tatsache des Aussprechens, es jemand anderem zu sagen, dass Sie Ihre Ohren nicht mögen und dass Sie immer ihrer geschämt haben (weil sie hervorstechen), veranlasst, bringt die Barrieren gegen die Annahme dieses Teils zum Einsturz und Sie in die Position, sich über diesen „Mangel“ zu erheben. Sie müssen darüber jetzt noch keine Witze machen, drücken Sie lediglich aus, wie Sie sich fühlen.

(Optional: Deshalb beginnen Sitzungen von den Anonymen Alkoholikern immer mit Menschen, die sagen, „Mein Name...und ich bin ein Alkoholiker.“ Sie verstehen die Macht des öffentlichen Zulassens von etwas über sich selbst. Es ist oft schwierig und auch schwierig zu akzeptieren. Es hilft, die Barrieren gegen die Überwindung des Alkoholismus zu brechen.)

Wenn Sie nie erfahren haben, was dieses Aussprechen mit Ihnen macht, sollten Sie diesen Schritt nicht auslassen. Sie werden sehen, je sensibler das Gebiet ist und je schwerer es Ihnen fällt, darüber zu sprechen, desto größer ist die Herausforderung, aber auch die Erleichterung, die Sie erfahren, wenn Sie im vertrauten Rahmen darüber sprechen.

### **Teilen Sie Ihre Fehler und peinliche Erfahrungen**

Für die TN: Fangen Sie mit einer Unbehaglichkeit an. Je weiter in der Vergangenheit das Ereignis zurückliegt, desto leichter sollte es Ihnen fallen, darüber zu sprechen. Sie können sie jetzt sogar komisch finden. Sie werden bereits kurz nach dem peinlichen Ereignis zunehmend entspannter darüber sprechen können. Fangen Sie mit Situationen an, die nicht zu nah an Ihren wunden Punkten liegen. Dann erst sprechen Sie über diejenigen, die Sie nur schwer zugeben können und mögen. Diese Ereignisse werden für andere häufig nicht komisch sein, weil es Situationen nach dem Motto sind „Sie müssten dort gewesen sein...“ sind. In einigen Fällen jedoch werden sie jedoch komisch sein.



### **Erfahren Sie einige selbstironische Witze**

Sobald Sie eine Zeit mit den vorherigen Vorschlägen verbracht haben, werden Sie bereit sein, Witze über sich selbst zu reißen. Am besten machen Sie zunächst ironische Witze über Ihre wunden Punkte. Schauen Sie sich nach solchen Witzen um und schreiben Sie sie auf. Bei entsprechenden Gelegenheiten erzählen Sie sie Ihren Freunden. Jede Art von selbstironischen Witzen ist ein guter Anfang. Dabei bekommen Sie ein Gefühl dafür, sich selbst zum Gegenstand von Witzen zu machen. Die TN können lernen, zwischen einem Scherz und Selbstironie zu unterscheiden.

### **Beginnen Sie, über Ihre Fehler und Dinge zu scherzen, die Sie an sich selbst nicht mögen**

Wählen Sie einen kleinen Fehler auf Ihrer Liste. Stellen Sie ihn an einem Tag in den Vordergrund und suchen Sie nach Gelegenheiten, darüber zu scherzen. Wenn das schwerfällt, beginnen Sie mit etwas, dass Sie überhaupt nicht stört (z. B. Haarfarbe oder dünnes Haar, das Gewicht oder die Tatsache, dass Sie eine Brille tragen). Dann gehen Sie zu sensibleren Dingen über, wenn es sich für Sie passend anfühlt.

### **Erkennen Sie an, dass keiner vollkommen ist**

Man hat etwas Wesentliches gewonnen, wenn man begreift, dass man unvollkommen sein darf. Jeder macht Fehler und jeder hat Fehler.

Wenn Sie Vollkommenheit von sich selbst verlangen, nehmen Sie damit unweigerlich zusätzlich Frustration, Wut, Angst und Depression in Kauf, in Ihren Beziehungen genauso wie dabei, Ihren Sinn für Humor zu trainieren. Und das bedeutet eine zusätzliche Belastung! Menschen investieren eine unglaubliche Energie auf ihre echten und eingebildeten Schwächen und Fehlern. Da sie ihre Anspannung, Angst, Depression oder Wut unentwegt mit sich herumschleppen, werden sie unausweichlich irgendwann davon heruntergezogen. Aber sobald sie sagen können: „Ja, ich pfeife drauf!“ oder „OK, ich bin ein Idiot ... aber **ich** bin ein liebenswerter Idiot“ fühlen Sie sich besser und können besser agieren. Sie

kommen dem „gehen lassen“ näher.

### **Haben Sie eine geplante komische Antwort für peinliche Momente**

Halten Sie eine komische Antwort, Ausdruck oder Handlung für den nächsten peinlichen Moment bereit. Das wird Ihnen helfen, auf eine leichtere Weise gelassen zu reagieren - selbst wenn Ihnen eigentlich nicht der Sinn danach steht. Sie haben wahrscheinlich bereits einige Standardreaktionen bei peinlichen Ereignissen erlebt. Sie schlagen einen Bogen (z. B. nachdem Sie Ihr Essenstablett haben fallen lassen) „Für meinen folgenden Trick...“ oder „Keinen Beifall bitte.“ Oder Sie können mit Sätzen wie „Und jetzt für etwas völlig anderes“ kreativer sein oder „Sie können denken, dass das ein Unfall war, aber meine Abteilung betreibt nun Forschung über Reaktionen zu ungeschickten Ereignissen“, oder „Ich trainiere gerade für die Tollpatsch-Olympiade“.

Vielleicht werden Sie sich angenehmer und sicherer damit fühlen, die Stimme von xyz zu imitieren.

Wenn Ihnen dasselbe Missgeschick häufiger passiert, legen Sie sich für das nächste Mal eine Antwort bereit, die Ihnen leicht von den Lippen kommt. Wenn Sie zum Beispiel öfters einmal Dinge vergessen, könnten Sie diesen Satz zufällig verwenden: „Mein Gedächtnis ist wirklich sehr gut; es ist nur zu kurz.“

### **Verbringen Sie Zeit mit Menschen, die gut über sich selbst lachen können**

Ganz hervorragend geeignet, um große Fortschritte in der Stufe 6 zu machen ist es, ist an die bekannten Menschen zu denken, die gut über sich selbst lachen können – die sich also niemals zu ernst nehmen. Verbringen Sie mit diesen Leuten mehr Zeit und imitieren Sie deren Witz, wenn er Ihnen gefällt. Wenn Sie etwas sehen, das Sie für nützlich halten, schreiben Sie es auf. Sprechen Sie mit den Menschen über Ihre Gefühle dabei, wenn Sie Witze über sich selbst machen.

## **Gruppensitzung Stufe 6**

### **Eröffnende lustige Tätigkeit**

Spiel oder andere lustige Tätigkeit, um die Gruppe in eine spielerische Stimmung zu bringen.

### **Diskussion der Übungen für Stufe 5**

- 1) Wie erfolgreich waren Sie darin, komische Dinge in der vergangenen Woche zu bemerken?
- 2) Tauschen Sie sich mit einem Partner über Ihr komischstes Ereignis seit der letzten Sitzung aus.
- 3) Wo haben Sie die meisten lustigen Ereignisse oder Dinge gefunden?
- 4) Welche Gedächtnishilfen haben Sie auf der Suche nach Komischem benutzt?
- 5) Ging es Ihnen besser, wenn Sie Komisches bemerkt haben?
- 6) Besprechen Sie Schwierigkeiten, die Ihnen im Mitteilen eines komischen Ereignisses begegneten. Wie ging es Ihnen damit?
- 7) Nehmen Sie ein besonders komisches Ereignis und beschreiben Sie es der Gruppe.

### **Diskussion der Stufe 6**

Die vorliegenden Übungen zu Stufe 6 zielen darauf ab, dass die TN selbst weniger ernst nehmen sollen und sie gleichzeitig dazu anleiten, mehr über sich selbst zu lachen.

### **Das Lachen über sich selbst**

- 1) Arbeiten in kleine Gruppen: Beschreiben Sie eine Situation in Ihrer Vergangenheit, die in diesem Moment sehr peinlich und nicht komisch war. Besprechen Sie, wie Sie Ihren Sinn für Humor hätten verwenden können, um in der Situation „aufzublühen“.
- 2) Tauschen Sie sich mit einem Partner über eine Situation aus, in der Sie jemanden damit lächerlich machte, indem er Witz über sich selbst riss. Wie könnte das die Selbstachtung senken und die Ansicht der anderen auf ihn beeinflussen?
- 3) Optional: Tauschen Sie sich über eine Ihrer stärksten Abneigungen gegen sich

selbst mit einem Partner aus. Dann besprechen Sie, wie Sie sich danach gefühlt haben.

4) Optional: Stellen Sie sich jetzt einen Teil von sich selbst auf eine übertriebene Weise vor. Schildern Sie dies Ihrem Partner mit überspitzenden Worten, z. B. „Mein Kinn ist so spitz, ich bekomme Stichwunden in meiner Brust, wenn ich auf meine Füße schaue.“

## Übungen Stufe 6

Absolvieren Sie möglichst viele Übungen der folgenden Seite.

Notieren Sie Ihre Erfolge und Misserfolge in allen diesen Anstrengungen in Ihrem Notizbuch und übertragen Sie sie in Ihr Humortagebuch.

1) Tauschen Sie sich täglich über einen Punkt aus Ihrer "Selbstabneigungs"-Liste mit jemandem aus. Beginnen Sie mit geringen Abneigungen.

2) Beginnen Sie, über Fehler, Missgeschicke und Unbehaglichkeit zu sprechen.

a) Halten Sie nach peinlichen Situationen Ausschau oder erinnern Sie sich an peinliche Momente in Ihrem Leben. Überlegen Sie, wie Sie reagieren würden, wenn es Ihnen heute wieder geschehen würde.

b) Bitten Sie andere Menschen, ihre eigenen komischen Erfahrungen mit persönlichen Fehlern und Unbehaglichkeit zu beschreiben.

3) Lernen Sie einige selbstironische Witze.

a) Einige dieser Witze sollten nichts mit Ihren eigenen sensiblen Bereichen zu tun haben. Andere sollten sich direkt auf Ihre Befindlichkeiten beziehen.

b) Suchen Sie nach Komikern, die Witze über sich selbst machen, und hören Sie ihnen aufmerksam zu. Beobachten Sie Ihre Reaktion darauf, wie Sie zuhören oder die Selbstironie bewerten.

4) Beginnen Sie, über Ihre Fehler und Dinge zu scherzen, die Sie selbst an sich nicht mögen.

a) Legen Sie sich eine komische Antwort für peinliche Momente zurecht.

5) Denken Sie stets daran, dass keiner vollkommen ist.

a) Nehmen Sie ein Gebiet, in dem Sie zu übertriebenen Perfektionismus neigen und versuchen Sie, Spaß daran zu haben.

## Weitere Übungen Stufe 6

Notieren Sie Ihre Antworten auf die folgenden Fragen möglichst detailliert in Ihrem Humortagebuch.

### Über sich selbst Lachen

1. Wie verstehen Sie den Ausdruck „Das Leben ist zu wichtig, um ernst genommen zu werden?“
2. Wie könnte sich eine permanente ernste Einstellung schädlich auf Ihr Leben auswirken?
3. Was kann es bedeuten, „sich selbst leicht zu nehmen, aber die Arbeit ernst zu nehmen?“
4. Warum ist es leichter, über peinliche Dinge und Missgeschicke anderer Menschen zu lachen als über die eigenen?
5. Wer unter Ihren Freunden, Angehörigen, Bekannten kann gut über seine eigenen Fehler oder Missgeschicke lachen? Schreiben Sie einige Beispiele auf.
6. Warum fühlen sich viele Menschen erleichtert und befreit, wenn sie lernen, über sich selbst zu lachen?
7. Welches Gefühl erzeugt das Lachen über sich selbst?
8. Manchmal ist das Lachen über sich selbst gesund und trägt zur Selbstachtung und der Fähigkeit bei, belastenden Situationen gewachsen zu sein. Aber es kann auch ungesund sein und die Selbstachtung und Fähigkeit reduzieren, belastenden Situationen gewachsen zu sein. Wie unterscheiden sich diese zwei Fälle?
9. Kann ein Perfektionist Ihren Sinn für Humor wecken?
10. Können Ihrer Meinung nach eher Männer oder Frauen über sich selbst lachen? Warum denken Sie ist das so?

### **Gegenwärtige Fähigkeit, über sich selbst zu lachen**

- 1) Wissen Sie, wie gut Sie selbst über sich selbst lachen können?
- 2) Wenn es Ihnen schwerfällt: Warum ist das so?
- 3) Listen Sie in Ihrem Humortagebuch körperliche Eigenschaften an Ihnen auf, die Sie nicht mögen. Trennen Sie sie zwischen schwachen und starken Abneigungen.
- 4) Listen Sie in Ihrem Humortagebuch Handlungsweisen auf, die für Sie typisch sind, die Sie aber nicht mögen. Unterscheiden Sie wieder zwischen geringen und starken Abneigungen. Kennzeichnen Sie diejenigen mit einem "V", die Sie für veränderbar halten, und diejenigen mit einem "U", die als unveränderlich betrachten.
- 5) Denken Sie an Ereignisse zurück, über die Sie sich in der Vergangenheit haben lustig machen können. Da Sie an der Stufe 6 arbeiten, markieren Sie auch solche Ereignisse, in denen Sie sich über sich selbst lustig gemacht haben.
- 6) Hatten einige Ihrer wunden Punkte einen bedeutenden Einfluss auf Ihr Leben im Laufe der Jahre? Wenn ja: Welchen Einfluss?
- 7) Ist es leichter über Ihre Fehler oder Missgeschicke allein oder mit anderen Leuten zu lachen? Warum denken Sie, ist das so?
- 8) Notieren Sie einige peinliche Situationen, in denen Sie in der Vergangenheit öffentlich über sich selbst lachen konnten.
- 9) Notieren Sie einige peinliche Situationen, in denen Sie dazu außer Stande waren, über sich selbst zu lachen, und dies heute bedauern.
- 10) In welchen Situationen glauben Sie, dass Sie perfekt sein müssen?
- 11) Welche Ziele würden Sie gerne beim Arbeiten in der Stufe 6 erreichen?

### **Frühe Entwicklung und Einflüsse**

- 1) Kleine Kinder sind häufig sehr direkt und können im Lachen über andere grausam sein. Wie haben Sie das empfunden, wenn andere Kinder über Sie lachten?
- 2) Wo lagen Ihre wunden Punkte in Ihrer Kindheit und im Jugendalter? Haben Sie Humor beweisen können, wenn die wunden Punkte berührt wurden?
- 3) Ist es Ihnen in den Jahren leichter oder schwieriger gefallen, über sich selbst zu

lachen? Warum denken Sie, dass das ist?

4) Wer hatte den größten positiven oder negativen Einfluss auf Ihre gegenwärtige Fähigkeit, über sich selbst zu lachen?

5) Wie gut haben Ihre Mutter und Ihr Vater über sich selbst lachen können?

6) Nehmen Sie an, Sie würden gern Ihren eigenen Kindern das Lachen über sich selbst vermitteln, um ihnen eine Bewältigungsstrategie an die Hand zu geben während sie aufwachsen. Was wäre Ihrer Meinung nach am wichtigsten, damit Ihre Kompetenz entwickeln?



## Stufe 7

### Theorie

Sie kennen wahrscheinlich den Ausdruck „Wenn sich das Leben mit Zitronen anbietet, machen Sie eine Limonade daraus.“ Der Begriff „Zitronen“ bezieht sich auf jede Art des Unglücks. Die wichtigste Zutat beim Herstellen der Lebenslimonade in schweren Zeiten ist der Sinn für Humor. Humor kann ein saures Ereignis in Ihrem Leben nehmen und es süß(er) – oder zumindest weniger sauer machen. Indem die TN lernen, eine leichte Seite an jeder schwierigen Situation zu finden, haben sie es in der Hand, sie umzugestalten. Sie sollten niemals zulassen, dass Ihnen die Zitronen des Lebens Ihre Freude und Heiterkeit am Leben stiehlt.

Humor hat die Macht, eine negative Stimmung in eine positive zu verwandeln. Dabei gewinnen Sie eine seelische Verfassung, die bei der Lösung von augenblicklichen Schwierigkeiten wesentlich förderlicher ist. Es löst auch Ihre Anspannung und gibt Ihnen die Kontrolle über ihre „Zitronen“.

Wenn Sie den meisten Menschen ähnlich sind, sind die Belastungen in Ihrem Leben und vor allem in der Arbeit in den letzten Jahren gewachsen. Das wuchernde Wachstum der „Belastungsverwaltungsindustrie“ beweist dies. Es gibt weltweit eine Menge von „Belastungsverwaltungstechniken“ wie progressive Entspannung, Tiefenentspannung, Meditation, Biofeedbacks, Yoga. Erstaunlich haben die meisten von uns einen der wirksamsten Belastungsreduziermechanismen gegen solche Belastungen - unser Sinn für Humor.

Das Problem besteht natürlich darin, dass der Sinn für Humor uns meist dann verlässt, wenn wir ihn am nötigsten benötigen. Selbst wenn die TN die Übungen für die Stufen 1 bis 6 durchweg erledigt haben, verlieren Sie ihn wahrscheinlich noch immer genau dann, wenn Sie ihn am nötigsten brauchen: wenn etwas misslingt. Die Stufe 7 vermittelt Ihnen, wie Sie Ihren Sinn für Humor genau dann nutzen, wenn Sie Ihrer momentanen Stimmung ausgeliefert sind.

(Optional: Sie können die Coolness eines New Yorker Hotdog-Verkäufers erreichen, der einen Kerl, der bei einem Raubüberfall eine Pistole auf ihn richtete, mit folgendem Satz konterte: „Wofür brauche ich eine Pistole bei einem Job wie diesem? Versuch‘, die an den Polizisten da drüben zu verkaufen.“ Der Bewaffnete geriet in Panik und lief davon, obwohl keine Polizei in der Nähe war.)

### **Überwältigt Sie Belastung? Oder schaffen Sie sie selbst?**

Psychologen sind sich weitgehend einig darüber, dass „Sie Ihre eigene Belastung schaffen.“

(Optional: Selbstverständlich haben die Opfer des Tsunami an Weihnachten 2004 die riesige Welle nicht selbst ausgelöst, die so viele Leben nahm. Auch die Bürger Haitis haben das Erdbeben nicht ausgelöst, das ihr Land und ihre Leben im Februar 2010 verwüstete. Sie haben die zusätzliche Arbeit nicht selbst erfunden, die ein entlassener Kollege hinterlässt. Sie schaffen die Ereignisse nicht selbst, aber Sie bestimmen, wie anstrengend sie sind, wie Sie sie deuten und auf sie reagieren.)

Wenn Sie jemals in einer Situation gewesen sind, in der mehrere Menschen denselben Stressfaktoren ausgesetzt waren (z. B. Krankheit, Trennung, finanzielle Nöte), haben Sie wahrscheinlich bemerkt, dass die Menschen auf die Stressfaktoren sehr verschieden reagieren. Einige wurden so böse, besorgt oder niedergeschlagen, dass ihre Beziehungen zusammenbrachen, sie nicht mehr arbeiten konnten und ihr Leben auseinander fiel. Andere schwankten zunächst ebenso, aber sie akzeptierten die Tatsachen schnell und gingen entsprechend mit der veränderten Lebenssituation um.

### **Die Fähigkeit, schnell wieder auf die Beine zu kommen**

Der Sinn für Humor erhöht die Flexibilität der Menschen, sich selbst das zu geben, was man auch „schnell wieder auf die Beine kommen“ nennt. Ihr Sinn für Humor gibt ihnen die emotionale Freiheit und Spontaneität, Schwermut zu absorbieren und wieder eine positivere Richtung in ihrem Leben einzuschlagen.

Die TN werden vermutlich zunächst spüren, mit welcher Kraft die Schwermut sie herunterzieht, wenn sie ihren Humor erstmals unter echter Belastung benutzen. Es wird ihnen seltsam vorkommen, wenn sie sich fragen: „Was ist an dieser Situation komisch?“ Weil sie wissen, dass absolut nichts komisch daran ist! Aber es wird funktionieren, während sie zwischen dem Ernst der Situation und den kleinen Dingen zu unterscheiden lernen, die dennoch heiter sein können für jemanden, der die Fähigkeit besitzt, sie zu bemerken.

### **Warum es wichtig ist, zu lernen, Humor aktiv zu nutzen**

Es gibt passive und aktive Möglichkeiten, einen gesunden Sinn für Humor zu zeigen. Sie können Humor genießen, ohne jemals selbst jemanden zum Lachen zu bringen. Sie können z. B. über die Witze ihrer Freunde lachen, Sitcoms ansehen.... All diese Formen können den Menschen von Belastung befreien. Aber Sie werden nicht immer einen Freund oder einen Fernseher um sich herum haben, wenn Sie ein gutes Lachen brauchen. Um diese Macht des Humors wirklich ganz für sich zu nutzen, müssen Sie selbst bestimmen können, wann und worüber Sie lachen, indem Sie Ihren ganz eigenen Sinn für Humor zeigen.

(Optional: Kürzlich wurde der Hauptdarstellerin bei einer Theateraufführung ein Streich gespielt: Ein Kollege hatte veranlasst, das inmitten einer ihrer Monolge plötzlich das Telefon klingelte. Sie nahm das Telefon ab, machte einen Moment Pause, reichte es ihrem Kollegen und sagte: „Es ist für dich.“)

### **Wie man übt, den eigenen Humors inmitten der Belastung zu wecken**

Das ist der am schwierigsten zu entwickelnde Teil des persönlichen Sinns für Humor. Aber wenn die TN in jede der vorherigen Stufen mindestens eine Woche Zeit und Übung investiert haben, sind sie jetzt dazu bereit, auch unter Belastung zu lachen. Wenn sie unter der „erworben Schwermut“ gelitten haben, so werden sie es jetzt überwunden haben. Sie haben die Fähigkeit entwickelt, mehr spielerisch zu sein und können zwischen Ernst und Verspieltheit hin und her schalten. Sie werden für die komischen Seiten des Lebens mehr sensibilisiert sein und haben die Fähigkeit entwickelt: Zweideutigkeiten, Unangemessenheit und Ironie in Ihrem

eigenen Leben zu entdecken. Sie zeigen ihre Lust am Humor wesentlich stärker, d. h. sie lachen öfter und herzlicher als zu Beginn des Programms. Ihr spontaner Wortwitz hat sich verbessert und sie können wesentlich besser auch über sich selbst lachen.

Indem die TN an der Stufe 7 arbeiten, werden sie das bisher Eingübte weiter verfolgen. Sie wissen bereits einiges darüber, wie sie Humor gegen geringere Belastungen einsetzen können. Nun werden sie dies auch unter hoher Belastung tun. Der Schlüssel zum Erfolg in der Stufe 7 besteht nun darin, Humor unter zuerst geringen Belastungen und Problemen zu zeigen und dann unter zunehmend schwierigen Situationen. Die TN können verschiedenes unternehmen, um diesen Prozess zu beschleunigen.

1) Beobachten Sie, wie andere Menschen Humor nutzen, um Belastungen zu meistern.

Beobachten Sie in aller Ruhe, wie andere Menschen unter Belastung handeln und Humor zeigen. Wenn Sie Freunde haben, die darin gut sind, bitten Sie diese, Ihnen von Ereignissen zu erzählen, in denen ihr Sinn für Humor ihnen geholfen hat, der Belastung Herr zu werden.

(Optional: Krebs-Patienten sagen häufig, dass ihnen Humor und eine positive Einstellung halfen, sie durch ihren Kampf mit der Krankheit zu tragen. Ein Krebs-Patient, sagte einmal: „Jemand, der tagsüber eine Perücke trägt, wirkt overdressed.“ Und denken Sie an Kinder. Die Schriftstellerin Erna Bombeck schrieb einmal über einen dreijährigen Krebspatienten, der sein Haar verloren hatte, dem aber gerade wieder kleine Fusseln wuchsen. Eines Tages beobachtete er mit der Wissbegierde eines Dreijährigen den schütter werdenden Kopf seines Vaters, als er sich beugte, um seinen Schuh zu binden. „Vati“, fragte er, „wächst dein Haar oder verlierst du es?“ Sie können auch die Zeitungen nach Geschichten durchforsten, wie Menschen ihren Sinn für Humor inmitten der Belastung einsetzen. Zum Beispiel stellte eine Familie nach einem Wirbelsturm ein Zeichen dort auf, wo ihr Haus zuvor stand: „Vom Winde verweht!“

Einem anderen Tornado-Opfer wurde sein Auto durch einen großen Baum zerschlagen. Er stellte ein Zeichen darauf mit dem Ausspruch: „Kompaktwagen.“)

\*\*\*

Humor zeigt, was sogar in den unvorhersehbarsten und peinlichsten Situationen möglich ist.

2) Suchen Sie nach einer heiteren Seite an den Probleme anderer Menschen (aber erzählen Sie es Ihnen nicht!).

Es ist leichter, eine komische Seite der Probleme anderer Leute zu sehen, als bei den eigenen.

(Optional: Eine Frau rannte zum Arzt und schrie, ihre Tochter habe Farbverdünner geschluckt. Ein Gedankenblitz sauste durch seinen Kopf: „Um Himmels willen, lassen Sie sich keine Zigarette anzünden!“ Aber er behielt diesen Gedanken für sich und fragte nur, was sie dem Kind gegeben hatte. Ein Witz wäre in dieser Situation unpassend gewesen. Aber die Tatsache, dass dieser Witz ihm einfiel, ist ein Zeichen für einen gut entwickelten Sinn für Humor.)

3) Suchen Sie nach dem Komischen in anstrengenden Situationen in Ihrer eigenen Vergangenheit.

Haben Sie jemals bemerkt, dass Ihnen Dinge, über die Sie sich jetzt im Moment ärgern, Ihnen Tage oder einige Wochen später komisch scheinen? Die Verärgerung verschwindet mit der Zeit, Ihre Stimmung heitert sich von dem Moment an auf, in dem Sie das Komische an der Situation sehen können. Die Bemühungen, eine komische Seite an vergangenen Problemen zu sehen, werden Ihnen helfen, Humor angesichts von Problemen zu zeigen, vor denen Sie gerade stehen.

Wie oft haben Sie den Gedanken: „Eines Tages werden wir uns lachend daran erinnern.“ Warum warten? Die Tatsache, dass Sie es sagen, ist ein gutes Zeichen, da es zeigt, dass Sie das Potenzial Ihres Humors anerkennen. Aber der Trick besteht darin, zu lernen, über fremde, bizarre, sonderbare, unerwartete und ironische Wendungen der Ereignisse zu lachen, noch während sie geschehen.

4) Machen Sie eine Liste von geringen Belastungen und vorgekommenen Problemen an einem typischen Tag. Fangen Sie an, das Komische in diesen Situationen zu entdecken.

Das kann z. B. der Verkehr, können ärgerliche Kollegen, Termine, sich mit dem Essen bekleckern oder ein Stau sein. Um einen Erfolg zu garantieren, fangen Sie mit geringen Stressfaktoren an. Schauen Sie sich nach komischen Dingen um, wenn sich die Gelegenheit bietet.

Ergreifen Sie die Initiative beim Einsatz Ihrer scherzenden Fähigkeiten in diesen Situationen. Wenn Ihnen das schwerfällt, fragen Sie sich: „Was werde ich daran im nächsten Monat komisch finden? Was ist absurd oder sonderbar?“ Selbst wenn Sie im Moment nichts Komisches daran finden, ist es wichtig, die Frage zu stellen, um Ihre Fähigkeit dazu zu entwickeln.

5) Verwenden Sie Gute-Laune-Macher.

Das könnten z. B. eine Clown-Nase, eine Tiernase, eine Fotografie von sich selbst, ein Gesicht, Ihr Lieblingscartoon sein. (Sie können dieselben „Helfer“ aus Stufe 2 verwenden). Sie könnten ein komisches Zeichen in Ihrem Zimmer und an Ihrem Arbeitsplatz aufstellen. Verwenden Sie diese Helfer, um in eine Stimmung zu gelangen, die Ihnen Zugriff auf Ihren Sinn für Humor gerade unter Belastung ermöglicht.

Belassen Sie Ihre Helfer an einem Platz (z. B. Tasche, Schreibtisch, Auto, Kühlschrank), wo Sie wissen, dass Sie sie brauchen werden. Es sollte ein Cartoon sein, der jedes Mal ein Grinsen auf Ihr Gesicht bringt, wenn Sie darauf schauen. Und außerdem symbolisiert er Ihr Vorhaben, alles ein wenig weniger ernst zu nehmen.

6) Verwenden Sie komische Bilder.

Die Forschung in den letzten 20 Jahren hat den Einfluss von bildhafter Vorstellung sowohl auf das Denken wie auch auf den Körper eindeutig bewiesen. Sie können Ihren emotionalen Zustand beeinflussen, indem Sie sich mit einem bestimmten Gefühl verknüpfte Bilder vorstellen. Schauspieler tun das permanent für eine

überzeugende Performance.

Die TN werden in Stufe 7 daran arbeiten, „komische“ Bilder als ein Mittel heraufzubeschwören, um Ihre Missstimmung zu beeinflussen. Schreiben Sie einige Erfahrungen aus Ihrer Vergangenheit auf, die Sie jedes Mal lächeln lassen, wenn Sie an sie denken. Oder schaffen Sie in Ihrer Phantasie selbst ein Bild, das Sie bewusst abrufen können, wenn eine regelmäßige Belastung wieder einmal auftaucht. Das ist besonders wirksam, wenn in dem Bild Menschen vorkommen, mit denen Sie häufig Konflikte austragen müssen. McGhee liebt es besonders, sich Menschen als Tiere vorzustellen. Der Körper jeder Person oder Verhalten deuten ihm stets ein spezifisches Tier an. Je alberner das Tierbild, desto besser funktioniert es.

7) Leben Sie nach dem Motto: Das Glas ist halbvoll statt halbleer!

Das ist sicher ein vertrautes Konzept für Sie, aber selbst wenn Sie es vorher gehört haben, haben Sie jemals versucht, es in die Tat umzusetzen? Entscheiden Sie erstens, welche Art der Person Sie sind. Sehen Sie allgemein eher das leere oder das volle Glas? Wenn Sie sich auf das halbleere Glas konzentrieren, ist Ihr erster Schritt, anzuerkennen, dass Sie positive Dinge betrachten dürfen. Ihre Aufgabe ist zu versuchen, eine optimistische Haltung anzunehmen - und so auch unter Belastung zu reagieren. Beginnen Sie wieder mit geringen Belastungen und arbeiten Sie sich zu den schweren und wesentlichen Stressfaktoren vor.

8) Erinnern Sie sich: Oft entsteht etwas Gutes aus einem üblen Anfang.

(Optional: Geschichte von McGhee: „Ich habe viele Gelegenheiten erlebt, in denen sich ein unerwünschtes Ergebnis als ein verkleideter Segen erwies. Meine komplette Karriere in der Psychologie ist das Ergebnis meiner schlechten Leistungen in Chemie im ersten Jahr der Universität. Am Anfang meines College-Jahres sah mein Berater (ein Mathematiker) meine Leistungen und fragte, ob ich nicht an einen anderen Studienfach gedacht hatte. Ich hatte den Psychologie-Text meines älteren Bruders aus dem vorhergehenden Semester durchgesehen (aber nicht gelesen) und fand es ganz interessant. So sagte ich „Psychologie“, mehr um die Unbehaglichkeit des Moments zu vermeiden als wegen jedes echten

Interesses an Psychologie (Wenn mein Bruder ein Astronomie-Buch gehabt hätte, hätte ich „Astronomie“ gesagt.) Wenn ich solche schrecklichen Leistungen im ersten Jahr nicht gehabt hatte, hätte ich auf eine Technikkarriere hingearbeitet – und hätte sie verabscheut. Ich hätte mich nie für die Forschung über den Humor interessiert, hätte nie ein Buch geschrieben oder Karriere auf dem Gebiet des Humors und Gesundheit gemacht. Was zunächst nach einer Katastrophe aussah, entpuppte sich später als das Beste, was mir hat passieren können.

Wenn Sie sich bei Ihren eigenen vorigen Enttäuschungen und Problemen nach unerwarteten positiven Ergebnissen suchen, dann versuchen Sie doch nun, mit gerade im Augenblick entstehenden oder bereits vorhandenen Problemen dasselbe zu machen. Werden Sie ein Detektiv auf der Spur nach möglichen positiven Ergebnissen – noch während Sie die schlechte Seite der Situation erkennen.

(Optional: Die folgende Geschichte illustriert den Sinn, eine abwartende Einstellung anzunehmen:

Es Mann hatte eine Farm und sein ganzer Lebensunterhalt hing von seinem Pferd ab, das die Felder pflügte. Eines Tages pflügt er und plötzlich fällt das Pferd tot um. Die Leute der Stadt sagen: „Das wird schwer.“ Und der Mann sagt: „Wir werden sehen.“

Ein paar Tage später bedauert ihn jemand und gibt ihm ein Pferd. Die Städter sagen: „Was ein glücklicher Kerl.“ Und der Mann sagt: „Wir werden sehen.“ Ein paar Tage später läuft das Pferd davon und jeder sagt: „Der arme Kerl.“ Und der Mann sagt: „Wir werden sehen.“

Ein paar Tage später kehrt das Pferd mit einem zweiten Pferd zurück und jeder sagt: „Was ein glücklicher Kerl!“ Und der Mann sagt: „Wir werden sehen.“ Der Mann hatte nie zuvor zwei Pferde gehabt, so entschieden er und sein Sohn sich dafür, es zu reiten, aber der Junge bricht sich dabei ein Bein. Jeder sagt: „Armes Kind.“ Und der Mann sagt: „Wir werden sehen.“

Am nächsten Tag tritt die Miliz in Stadt ein, um junge Männer für die Armee zu ergreifen. Aber sie lassen den Jungen zurück, weil er ein gebrochenes Bein hat.



Jeder sagt: „Was ein glückliches Kind!“ Und der Mann sagt: „Wir werden sehen.“

Diese Geschichte zeigt, dass jedes Leben eine unveränderliche Mischung von guten und schlechten Dingen ist, die geschehen. Sie können sich von schlimmen Ereignissen aus der Bahn werfen lassen oder abwarten und sehen, was an Guten daraus entstehen mag. Sie können sich auf das schlechte konzentrieren oder aber das Positive erwarten.)

## **Gruppensitzung Stufe 7**

### **Eröffnende lustige Tätigkeit**

Spiel oder andere lustige Tätigkeit, um die Gruppe in eine spielerische Stimmung zu bringen.

### **Diskussion der Hausübungen für Stufe 6**

- 1) Beschreiben Sie einem Partner Ihre Bemühungen darum, über sich selbst zu lachen. Beschreiben Sie einzelne Fälle, in denen es Ihnen gelungen und auch misslungen ist.
- 2) Tauschen Sie sich darüber möglichst mit einem Partner aus:
  - a) über Ihre Liste all dessen, was Sie selbst nicht an sich mögen und darüber, ob Sie über einiges davon doch haben lachen können.
  - b) Ihr Erfolg bei der Entdeckung des Komischen bei einem Fehler oder peinlichem Ereignis.
  - c) darüber, was Ihnen das Lachen über sich selbst verdorben hat.
  - d) ein Stück Selbstironie, das Sie kennengelernt haben.
- 3) Besprechen Sie mit einem Partner, wie Sie sich leicht nehmen können, gleichzeitig aber Ihre Verantwortung ernst nehmen.

### **Entdeckung des Humors inmitten der Belastung**

- 1) Besprechen Sie einige der Themen, die in den weiteren Übungen für Stufe 7 aufgeführt sind.
- 2) Warum ist es so viel leichter, die heitere Seite der Dingen an der Belastung von jemand anderem zu finden?
- 3) Besprechen Sie, welche Fähigkeiten wohl am meisten dazu beitragen, Belastungen zu meistern.
- 4) Besprechen Sie eine Situation, in der Sie Ihren Humor erfolgreich als Mittel eingesetzt haben, um mit einem schwierigen Moment fertig zu werden.
- 5) Beschreiben Sie eine bestimmte anstrengende Situation aus Ihrer eigenen Erfahrung, vorzugsweise eine von jenen, die häufiger vorkommt. Die Gruppe kann Möglichkeiten besprechen, wie Sie mithilfe Ihres Humors in dieser Situation

gelassen und heiter bleiben können.

6) Besprechen Sie, warum es so schwierig ist, Ihren Sinn für Humor an einem schlechten Tag zu bewahren.

Fahren Sie in allem fort, was Sie in den Stufen 1 bis 6 eingeübt haben. Wählen Sie die Übungen aus, die Ihnen am Hilfreichsten erscheinen.

Notieren Sie Ihre Gedanken und Beobachtungen in Ihrem Humortagebuch.

1) Machen Sie eine Liste vorkommender Streitigkeiten und Probleme. Nehmen Sie sich fest vor, eine heitere Einstellung zu bewahren, sollten diese wieder auftreten. Achten Sie vor allem auf die Ursache des Ärgers.

2) Beherzigen Sie in solchen Situationen das Motto: Das Glas ist halb voll!

3) Bitten Sie Freunde um Hilfe, die heitere Seite in schwierigen Situationen zu erkennen.

4) Entdecken Sie das Komische in den Problemen anderer Menschen (aber behalten Sie es für sich).

5) Suchen Sie das Komische in problematischen Situationen in Ihrer Vergangenheit.

6) Gewöhnen Sie sich die Frage an: „Was daran wird mich in der nächsten Woche nur noch amüsieren?“

7) Halten Sie eine einfache Hilfe bereit, die Sie daran erinnert, heiter zu bleiben.

8) Wenn Sie sich einem Ihrer „Belastungszentren“ (Chef oder eine andere Person) nähern, in denen Sie sich selbst nicht frei fühlen können oder dürfen, stellen Sie sich das nächste Mal diese Person auf eine lächerliche Art und Weise vor (z. B. als ein Schwein „oink oink“, ein Schaf „blök blök“ oder in der Unterwäsche), wenn ein Konflikt aufkommt.

9) Denken Sie an ein bestimmtes erheiterndes Verhalten oder eine Behauptung, mit deren Hilfe Sie beim nächsten Missgeschick oder Problem Ihre spielerische Haltung aufrecht erhalten können.

10) Fragen Sie sich: „Wie hätte Charlie Chaplin (oder Ihr Lieblingskomiker) in dieser Situation reagiert?“ Stellen Sie sich vor, Sie seien dieser Komiker.

11) Gehen Sie Ereignissen nach, bei denen Sie mehr spielerisch sein werden oder die heitere Seite einer schwierigen Situation finden können. Kümmern Sie sich nicht darum, ob Sie komisch gewesen sind. Denken Sie insbesondere an kleine

Beispiele.

## Übungen Stufe 7

Notieren Sie Ihre Antworten auf die folgenden Fragen möglichst detailliert in Ihrem Humortagebuch.

### Belastungen mit Humor meistern

- 1) Warum ist es so schwer für die meisten Menschen, ihren Sinn für Humor in anstrengender Zeiten zu bewahren?
- 2) Beschreiben Sie Ihre eigenen Ansichten, wie Humor Ihnen bei der Bewältigung von Belastung helfen kann.
- 3) In welcher Form konnten die Stufen 1 bis 6 bisher ein Fundament schaffen, um mit Ihrem Sinn für Humor Belastungen zu meistern?
- 4) Äußern Sie sich über die Behauptung, Situationen, die eigentlich gar nicht komisch sind, doch eine komische Seite haben können. Beschreiben Sie dazu ein Beispiel in Ihrem eigenen Leben.
- 5) Leute, die regelmäßig ernsten Verletzungen und dem Sterben ausgesetzt sind, neigen zu einem besonders makabren und schwarzen Humor. Sie lachen über Dinge, die die meisten von uns als schrecklich empfinden. Warum kommt das vor? Was leistet der Humor in diesen Fällen?
- 6) Warum blüht der schwarze Humor besonders im Angesicht von Katastrophen auf?
- 7) Auf welche Hindernisse im Einsatz von Humor unter Belastung können Sie stoßen, wenn Sie es vorher nie versucht haben?
- 8) Die meisten von uns sind nicht besonders gut darin, unter Stress Probleme zu lösen; wir sehen die Dinge nur ungenau und gehen weniger kreativ damit um. Wie kann Humor und Lachen inmitten der Belastung zu innovativem Denken und wirksamerem Problemlösungen führen?
- 9) Der Sinn für Humor hilft Ihnen, tägliche Streitereien und Probleme aus einer anderen Perspektive zu betrachten. Was meint diese Behauptung?
- 10) Viele unserer Belastungsfaktoren entstehen aus Konflikten mit anderen Menschen. Mit wem haben Sie den größten Konflikt in Ihrem Leben? Wie könnten Sie Ihren Sinn für Humor zur Lösung dieses Konfliktes einsetzen?
- 11) Nennen Sie Ihnen zwei bekannte Menschen, die aktiv ihren Sinn für Humor

einsetzen, um anstrengenden Ereignissen zu bewältigen. Beschreiben Sie eine Situation, in der Sie sie beobachtet haben.

12) Sie haben in den Stufen 1 bis 6 verschiedene Fähigkeiten kennengelernt und entwickelt. Welche davon werden Ihnen im Umgang mit Belastung besonders hilfreich sein?

13) Beschreiben Sie zwei häufige Konflikte in Ihrem Leben. Wie könnten Sie Humor einsetzen, um den Konflikt in Zukunft zu beenden?

14) Warum sollten Sie Ihren Humor aktiv einsetzen, statt passives Vergnügen an Komischem zu verwenden, um mit Belastung fertig zu werden?

15) Können Sie Gründe nennen, warum Eltern zögern könnten, vor ihren Kindern eine scherzende Bemerkung inmitten eines Familienkonflikts zu machen? Wie könnten diese selbst erschaffenen „Hürden“ überwunden werden?

### **Gegenwärtige Fähigkeit, den eigenen Humor inmitten der Belastung zu entdecken**

1) Wie gut werden Sie im Allgemeinen mit anstrengenden Ereignissen in Ihrem Leben fertig?

2) Wie würden Sie Ihre gegenwärtige Fähigkeit zur Entdeckung einer heiteren Seite in anstrengenden Situationen beschreiben?

3) Beschreiben Sie ein neues, anstrengendes Ereignis, das am besten Ihren gegenwärtigen Gebrauch (oder Nichtgebrauch) vom Humor gegenüber Belastungen demonstriert.

4) Hat sich Ihre Fähigkeit, Humor in belastenden Situationen einzusetzen, infolge der Übungen für die Stufen 1 bis 6 bereits verbessert? Wenn ja, wie?

5) Haben Sie jemals eine schwierige Situation verschleierte oder versucht, ein Problem zu verbergen oder es zu abstreiten? Wenn ja, welche Bedingungen haben sich nun verändert, um mithilfe des Humors eine positive und konstruktive Lösung herbeizuführen?

6) Nennen Sie, was Sie durch das Bearbeiten der Stufe 7 erreichen möchten.

**Frühe Entwicklung und Einflüsse**

- 1) Wie viel Belastung hat es in Ihrer Familie während Ihrer Kindheit gegeben?
  - a) Was war dafür die primäre Ursache?
- 2) Denken Sie an eine anstrengenden Situation sowohl in Ihrer Kindheit als auch im Jugendalter, in der Sie gern eine humorvolle Bemerkung präsentiert hätten, um ein Problem zu lösen, aber dazu außer Stande waren. Wie könnten Sie Ihren Sinn für Humor verwenden können?
- 3) Haben Ihre Eltern jemals negativ auf einen humorvollen Kommentar inmitten eines Familienkonflikts reagiert? Beschreiben Sie die Situation und ihre Reaktion.
- 4) Wie haben Ihre Eltern ihren Humor in einem Familienkonflikt eingesetzt? Führen Sie ein Beispiel an, wie Ihre Mutter als auch Ihren Vater dies getan oder nicht getan hat.
- 5) Benennen Sie Ihnen wichtige Erwachsene aus Ihrer Kindheit, die inmitten der Belastung einen gesunden Humor haben beweisen können.

## **Stufe 8**

### **Theorie**

Die TN haben sich im Verlauf dieses Programms jeweils eine Woche lang mit den insgesamt sieben Stufen beschäftigt. Sie werden einen enormen Fortschritt gemacht haben. Sie können jetzt alles Erfahrene und Gelernte bündeln und ihren Humor aktiv einsetzen, um belastende Situationen zu bewältigen. Die TN sollten sich jedoch darüber im Klaren sein, dass sie möglicherweise einiges bereits Erreichte wieder verloren haben können, indem sie bestimmte Aspekte besonders trainiert haben. Sie wissen jetzt, dass man mehr als eine Woche oder zwei braucht, um die erlernten Kompetenzen dauerhaft in ihre Persönlichkeit und in Leben zu integrieren.

### **Integrieren Sie die Gewohnheiten ins tägliche Leben**

Während dieser Anschlussperiode sollen die TN an allen Stufen zur gleichen Zeit bewusst zu arbeiten. Das wird inzwischen entwickelten Fähigkeiten weiter stärken.

### **Bewertung des Fortschritts**

Die TN werden eine Reihe von Fragen - verbunden mit jeder der Stufen in diesem Humor-Sensibilisierungsprogramm - finden. Sie sollen ihre Fortschritte in jeder der Stufen und deren Einfluss auf andere Aspekte ihres Lebens bedenken. Sie sollen weiterhin die folgenden Fragen beantworten und dabei ihr bisher gewonnenes Wissen anwenden, um die nun starken und schwachen Facetten ihres Sinns für Humor selbst zu erkennen.

Zum Schluss sollen sie ihre Antworten in Humortagebuch notieren. Dadurch erkennen sie ihre tatsächlichen Fortschritte klarer und präziser, als wenn sie nur darüber nachdenken.

### **Stufe 1**

1) In welchem Maß nutzen und integrieren Sie jetzt Außenquellen des Humors in Ihr Leben im Vergleich zur Zeit vor dem Start in dieses Programms. Um wie viel



mehr setzen Sie sich nun täglich mit Humor auseinander?

- 2) Antworten Sie auf dieselbe Frage spezifisch in Bezug auf: Fernsehen, Kino, Cartoons, Stand-Up-Comedians und lustige Freunde.
- 3) Wie hat die Auseinandersetzung mit dem Thema Humor in den vergangenen Wochen Ihren Sinn für Humor verändert?
- 4) Welche Einblicke in Ihren Sinn für Humor haben Sie infolge dieser Auseinandersetzung mit Humor gewonnen?

## **Stufe 2**

- 1) Welche Fortschritte haben Sie in der Überwindung der „Ernsthaftigkeit im Endstadium“ gemacht?
- 2) In welchen Situationen fällt es Ihnen noch schwer, eine heitere, spielerische Lebenseinstellung zu bewahren?
- 3) In Anbetracht Ihrer Erfahrung mit diesem Programm: Wie wichtig ist Verspieltheit, um Ihren Sinn für Humor zu entwickeln?
- 4) Sie haben sich um einen mehr spielerischen Stil bemüht. In welchem Maß haben Sie das erreicht? Wie würden Sie die Wirkung beschreiben?

## **Stufe 3**

- 1) Beschreiben Sie, wie sich Ihr Lachen im Verlauf des Programms geändert hat - sowohl in Bezug darauf, wie oft als auch wie herzlich Sie gelacht haben. Ist es Ihnen eher leicht oder eher schwergefallen, öfter und herzlicher zu lachen?
- 2) Wie wichtig ist die Rolle von Spiel und Lachen im Umgang mit Ihrer Stimmung? Hilft Ihnen beides, um Belastung zu bewältigen?

## **Stufe 4**

- 1) Erzählen Sie jetzt öfter Witze oder komische Geschichten als zuvor?
- 2) Sind Sie jetzt ein besserer Witze-/Geschichten-Erzähler als zuvor?
- 3) Inwieweit hat Ihnen das Witzeerzählen geholfen, um Belastung zu bewältigen?
- 4) Wie haben sich Ihre Fähigkeiten zum eigenen Wortwitz verbessert?
- 5) Was ist momentan Ihre bevorzugte von Wortwitzen (z. B. Wortspiele, Überspitztheit, Quatsch)?

6) Inwieweit hilft es Ihnen bei der Bewältigung von Problemen, Ihre eigenen spontanen Wortspiele oder anderer Wortwitz zu präsentieren?

### **Stufe 5**

- 1) Beschreiben Sie Ihren Fortschritt in der Entdeckung des Humors im Alltag.
- 2) Wo sind Sie am häufigsten und wo am seltensten die komische Seite an Dingen und Situationen entdeckt?
- 3) Inwieweit hat Ihnen Ihre Fähigkeit, Humor in täglichen Lebensverhältnissen zu finden, dabei geholfen, mit Belastung fertig zu werden?

### **Stufe 6**

- 1) Um wie viel haben Sie im Verlauf des Programms Ihre Fähigkeit verbessert, über sich selbst zu lachen?
- 2) Nennen Sie Bereiche, wo Sie am besten und wo am wenigsten gelungen ist, über sich selbst zu lachen.
- 3) Inwieweit hat Ihnen die Fähigkeit, über sich selbst zu lachen, dabei geholfen, um mit Belastung fertig zu werden?

### **Stufe 7**

- 1) Wie groß ist Ihr Fortschritt im Einsatz von Humors als Bewältigungsstrategie im Verlaufe des Sensibilisierungsprogramms im Vergleich zur Zeit zuvor?
- 2) Welche der Stufen war Ihnen am meisten hilfreich?
- 3) An welcher Stufe würden Sie gern weiter arbeiten, um Belastungen noch erfolgreicher zu bewältigen?
- 4) In welchen Bereichen Ihres Lebens haben Sie Ihren Sinn für Humor mit dem größten und wo mit dem geringsten Erfolg eingesetzt, um Belastungen zu bewältigen?

### **Das Zusammenstellen von all dem**

Wenn Sie die Übungen für alle Stufen während der letzten zwei Monate erledigt haben, haben Sie die schwächeren Gebiete Ihres Sinns für Humor gestärkt und können jetzt all das Bündeln und einen ausgeglichenen und reifen Sinn für Humor entwickeln. Sie können Ihren Sinn für Humor aktiv verwenden, um Belastungen

gewachsen zu sein. Üben Sie in den nächsten Wochen täglich jeweils eine der Fähigkeiten, die Sie in jeder Stufe entwickelt haben. Sie werden bald nicht mehr bewusst nach Gelegenheiten aktiv suchen müssen, um die verschiedenen Fähigkeiten einzusetzen. Sie werden sie geradezu automatisch einsetzen. Dann können Sie gewiss sein, dass Ihr Sinn für Humor Ihnen immer helfen wird, um Belastungen zu bewältigen. Er wird Ihnen als eine Art Lebensretter dienen, wenn Sie emotional ertrinken. Wenn möglich, investieren Sie etwas Zeit für diesen Schlussteil des Programms. Sie werden dabei alles, was Sie sich angeeignet haben, nochmals verinnerlichen.

## **Gruppensitzung Stufe 8**

### **Diskussion der Erfahrungen mit den Übungen der Stufen 1 bis 7**

- Tauschen Sie sich über einen erfolgreichen und erfolglosen Versuch der Erheiterung inmitten der Belastung mit einer anderen Person aus.
- Humor kann als eine Einstellung verstanden werden, Dinge auf eine bestimmte Art und Weise zu betrachten und kann Sie davor schützen, von einem anstrengenden Ereignis überwältigt zu werden. Besprechen Sie diesen Gedanken unter dem Aspekt spezifischer Stressfaktoren, auf die Sie gestoßen sind.
- Beschreiben Sie der Gruppe eine bestimmte anstrengende Situation seit der letzten Sitzung. Haben Sie humorvoll in dieser Situation reagieren können?
- Wie erfolgreich waren Sie bei der Betrachtung des Mottos: „Das Glas ist halb voll!“?
- Wie erfolgreich waren Sie bei der Entdeckung einer komischen Seite bei Problemen anderer Menschen? Half Ihnen das dabei, eine heitere Seite auch an Ihrem eigenen Problem zu sehen?
- Welche Helfer oder Cartoons haben Sie verwendet, um eine heitere Einstellung in schwierigen Situationen zu bewahren?
- Welche Stufen dieses Programms haben Ihnen am meisten geholfen, um mit Belastung fertig zu werden? Welche Fähigkeiten haben Sie am häufigsten eingesetzt?
- Wenn Sie alle Aspekte dieses Programms in Betracht ziehen: Wie hat das Programm Ihren Umgang mit Belastung in Ihrem Leben beeinflusst?

### **Fortschritte in der Verbesserung Ihres Sinns für Humor**

- 1) Was haben Sie durch dieses Programm erreicht?
- 2) In welchen Bereichen haben Sie am meisten / am wenigsten Fortschritt in der Verbesserung Ihres Sinns für Humor gemacht?

## Übungen Stufe 8

Diese letzte Phase erlaubt den TN, zu festigen, die sie während der vergangenen Wochen erreicht haben. Sie stellen einen integralen Bestandteil aller Aspekte dar, an denen sie gearbeitet haben. Die TN sollen vor allem auf die Bereiche achten, die sie für ihre schwachen Punkte halten. Sie sollen sich auf die Übungen besinnen zu diesen Bereichen zurückbesinnen.

Möglichkeit für die TN:

Verwenden Sie täglich die Tabelle der folgenden Seite (oder machen Sie im persönlichen Humortagebuch dasselbe) über einen Zeitraum von zwei Wochen, um die zu registrieren, wie oft Sie die Fähigkeiten aus den Stufen 2-6 verwendet haben.

Tragen Sie in den vorgesehenen Tabellenfeldern ein, welche Aufgabe zum Humor Ihnen half, eine schwierige oder anstrengende Situation zu meistern.

Zum Beispiel, wenn Sie eine Form des Wortwitz fünfmal an einem bestimmten Tag eingesetzt haben und es Ihnen wirklich half, in zwei belastende Situationen zu meistern, tragen Sie folgendes ein: 5 (2). Tun Sie das jeden Abend, bevor Sie ins Bett gehen. Die Dokumentation der gelungenen Anwendungen wird Ihnen helfen zu klären, welche Facetten Ihres Sinns für Humor Ihnen am besten als Bewältigungsstrategien am besten dienen.

Sobald Sie diesen zweiwöchigen Testlauf im täglichen Gebrauch der verschiedenen Facetten Ihres Humors vollendet haben, analysieren Sie die erkennbaren Muster. Wenn diese zweiwöchige Periode für Ihr tägliches Leben typisch ist, können Sie daran ermessen, welche Teile Ihres Sinns für Humor mehr und weniger gut entwickelt sind. Sie können auch sehen, welche Facetten Ihres Sinns für Humor Sie nicht verwenden können, um Belastungen im Leben zu begegnen.

Kümmern Sie sich nicht darum, dass einige Fähigkeiten oft auftauchen, während andere vielleicht überhaupt nicht auftauchen. Wenn Sie auch viel Zeit und Energie für die Entwicklung dieser Fähigkeiten aufgewandt haben, bedenken Sie, dass wir alle eine eigene natürliche Art oder Stil des Humors haben.

## Frequenz des Gebrauches von Humor-Gewohnheiten/Sachkenntnissen

### Woche 1

	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6
Montag					
Dienstag					
Mittwoch					
Donnerstag					
Freitag					
Samstag					
Sonntag					

### Woche 2

	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6
Montag					
Dienstag					
Mittwoch					
Donnerstag					
Freitag					
Samstag					
Sonntag					

Sie haben alle Fähigkeiten gestärkt, aber nur einige bestimmte sind jetzt wirklich tief in Ihnen verwurzelt, während andere noch bewusste Einübung verlangen.

Sie werden Ihren eigenen natürlichen Sinn für Humor entdeckt haben. Kümmern Sie sich nicht darum, dass Sie nicht jede Facette Ihres Humors täglich einsetzen. Das wichtige ist, dass Sie über Bündel von Humor-Fähigkeiten verfügen. Dieses Bündel wird Ihnen wahrscheinlich dabei hilfreich sein, die täglichen Lasten des Lebens zu meistern. Sie werden feststellen, dass die verschiedenen Humor-Stufen einen überwältigenden Erfolg zeigen, auch wenn Sie nur ein oder zwei der möglichen Kompetenzen „arbeiten“, um gut inmitten der Belastung zu bestehen.

## **Übungen für die kommenden Monate**

Sie sehen jetzt, dass es Zeit und Anstrengung kostet, Ihren Humor und Ihr Lachen zu entwickeln. Sie haben Fortschritte gemacht, aber Sie würden wahrscheinlich gerne mehr machen. Dazu können Sie Übungen zu den verschiedenen Stufen einfach wiederholen. Sie werden feststellen, dass die Fähigkeiten beim zweiten Durchgang stärker in Ihre Persönlichkeit integriert werden.

Sie können das Programm auch fortzusetzen, indem Sie diese zweiwöchige Periode erweitern, d. h. es über Monate hinweg fortsetzen. Halten Sie regelmäßig inne, um sich zu vergewissern, ob Sie Ihr Wunschziel erreicht haben.

Wie alles Erlernte wird auch der Sinn für Humor wieder verkümmern, wenn Sie ihn nicht pflegen und einsetzen. Sie werden also weiter daran „arbeiten“, dem Humor Raum in Ihrem Leben zu geben, indem Sie in selbst zeigen und indem Sie wachsam bleiben für das Komische und Heitere in Ihrem Alltag. Zu Ihrer Unterstützung bei diesem Vorhaben packen Sie sich einen „Humorkoffer“ der die Gehilfen, CDs, Cartoons und alles andere beinhaltet, was Sie im Verlauf des Programms gesammelt haben, um auch an einem schlechten Tag den Humor zu bewahren.

Arbeiten Sie die Stufen noch einmal nach einem Jahr durch. Wenn möglich, tun Sie es mit einem Partner. Und sorgen Sie dafür, dass es Ihnen Freude bereitet!

Verwenden Sie in den Monaten Ihren Sinn für Humor, um sich täglich emotional zu pflegen. Sie pflegen täglich Ihren Körper, indem Sie sich waschen, Sie nähren ihn, indem Sie essen. Sie behalten ihn durch Training fit. Sie halten sich geistig fit, indem Sie lesen, die Nachrichten hören und mit anderen Menschen sprechen. Aber was tun Sie für Ihr emotionales Gleichgewicht? Sie brauchen gute Beziehungen zu anderen, müssen aber auch regelmäßig all das Negative loslassen können, das sich gerade an stressbelasteten Tagen in Ihren Gefühlen auftürmt und wuchern kann. Humor und Ihr Lachen helfen täglich dabei, Stimmung sowie die Stimmung anderer wichtiger Menschen in Ihrem Leben zu lenken.

Humor hilft Ihnen bei der Kontrolle Ihres emotionalen Zustandes, selbst wenn Sie sich zu schwach fühlen, um die Situation selbst zu meistern. Indem Sie Ihre seelische Verfassung selbst in der Hand behalten, werden Sie Ihre täglichen Probleme und Belastungen wesentlich souveräner bewältigen. Ihr Sinn für Humor stellt Ihnen eine emotionale Ressource zur Verfügung, die Ihre Seele ebenso

reinigen kann wie die Seife Ihren Körper. Es ist Nahrung für Ihre Seele. Und wenn Sie diese Reinigung selbst spüren, werden Sie es anderen unvermeidlich weitergeben. Tun Sie also, was Sie können, um mehr Heiterkeit und Freude auf der Erde zu verbreiten.



## Aushang

**\*\*\*Aufruf zur Mitwirkung bei einer Studie\*\*\***

21.03.2012

**Studie zur Relevanz des Humors in der medizinischen Rehabilitation suchtkranker Menschen**

Liebe Patientinnen und Patienten,  
 ich möchte Sie zur Teilnahme an einer Studie der Fachhochschule Koblenz einladen, in der es um die Bedeutung des Humors in der medizinischen Rehabilitation suchtkranker Menschen geht. Ich suche hierfür Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen in der Vergangenheit eine Alkoholabhängigkeit diagnostiziert wurde.

Humor wird als eine Gabe des Menschen definiert, den Unzulänglichkeiten der Welt und der Menschen sowie den Schwierigkeiten und den Missgeschicken des Alltags mit heiterer Gelassenheit zu begegnen. In Zeiten hoher Arbeitslosigkeit, Wirtschaftskrise und Klimakatastrophen gibt es jedoch keinen Grund zur heiteren Gelassenheit, die Lage ist ernst. Trotzdem oder vielleicht gerade deswegen hat sich „Humor“ als Interventionsform bereits im weiten Bereich psychosozialer Aktivitäten wie Krankenpflege, Lebensberatung, Pädagogik, Persönlichkeitsbildung und Psychotherapie etabliert. Wissenschaftliche Ergebnisse zeigen, dass Humor Hemmungen löst, verdrängte Affekte reaktiviert und einen spontaneren Austausch menschlicher Gefühle ermöglicht. Humor setzt kreative Potentiale frei, aktiviert Entscheidungsprozesse und sensibilisiert für neuartige Zusammenhänge.

**Zielsetzung der Studie**

In dieser Studie wird untersucht, ob Humor und Lachen in der medizinischen Rehabilitation eine wirkungsvolle und damit angezeigte therapeutische Interventionsform bei Menschen mit einer Suchterkrankung darstellen, d. h. ob und inwiefern eine Wiederentdeckung, Sensibilisierung und Stärkung des Sinnes für Humor als Bewältigungsstrategie durch entsprechende Interventionen (8-Stufen-Humor-Programm nach McGhee) erreicht werden kann. Die Beantwortung dieser Frage ist von Bedeutung für die zukünftige Erweiterung der therapeutischen Angebote; sie soll jedoch auch zu einem verbesserten Verständnis für Humor und Lachen in der Sozialen Arbeit, insbesondere in der Suchtkrankenhilfe beitragen. Die Untersuchung zielt sowohl auf Ergebnisse hinsichtlich der kurzfristigen Verbesserung des Sinnes für Humor als auch länger andauernden Effekten bei suchtkranken Menschen.

**Ablauf**

Die Untersuchung findet in den Räumlichkeiten der Kliniken Wied statt und besteht aus drei Teilen:

- Der erste Teil umfasst einen Zeitraum von acht Wochen, **02.04. bis 22.05.2012**. Innerhalb dieses Zeitraums finden wöchentliche Treffen statt, die eine Dauer von 1,5 Stunden nicht überschreiten. Zur Studienteilnahme gehört die aktive Teilnahme, das Ausfüllen verschiedener Fragebögen sowie (je nach Gruppe) das Führen eines „Humortagebuchs“.
- Im zweiten und dritten Teil werden Sie an einer Nacherhebung im Abstand von drei (August 2012) bzw. sechs (November 2012) Monaten mittels verschiedener Fragebögen teilnehmen. Beide Teile dauern jeweils ca. 1 Stunde.

**Freiwilligkeit und Risiken**

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig und birgt keine spezifischen Risiken für Sie. Sollte entgegen bisheriger Erfahrungen ein Teil der Untersuchung zu belastend sein, wird diese ohne Nachteil für den Teilnehmer abgebrochen.

**Datenschutz**

Selbstverständlich werden die Angaben aller Teilnehmer streng vertraulich behandelt. Zudem werden die erhobenen Daten ausschließlich zu Forschungszwecken verwendet.

**Kontakt**

Am 28.03.2012, 11 Uhr, werde ich diese Studie in den Kliniken Wied vorstellen.

Wenn Sie vorab weitere Informationen interessieren, nehmen Sie gerne Kontakt auf. Ich lasse Ihnen dann weitere Informationen zukommen.

Sabine Link, Dipl.Soz.Arbeitspäd. (FH)

Fachhochschule Koblenz, Fachbereich Sozialwesen, Konrad-Zuse-Str.1, 56075 Koblenz,  
 Tel.: 0261 9528 246, Email: [slink@fh-koblenz.de](mailto:slink@fh-koblenz.de)

## Untersuchungsergebnisse

Die nachfolgenden Seiten zeigen ergänzend zu Kapitel 6, S. 128 ff., die tabellarischen Ergebnisse:

Hypothese 1	1. Variable	2. Variable		
	AM	AM	Sig.	n
HQT vs. HQTe	83,050	85,950	0,159	16
HQT vs. HQTN1	71,778	80,889	0,073	9
HQT vs. HQTN2	61,833	78,500	0,168	6

**Tabelle 7: Signifikante Veränderung des Humorquotienten insgesamt (HQT).**

Hypothese 1	1 = weiblich				2 = männlich			
	AM1	AM2	Sig.	n	AM1	AM2	Sig.	n
HQT vs. HQTe	85,57	88,429	0,369	10	78,625	81,625	0,074	6
HQT vs. HQTN2			0,721	3	55,333	81,333	0,150	3
HQTN1 mit HQTN2			0,651	3	67,333	81,333	0,044	3

**Tabelle 8: Signifikante Veränderungen des Humorquotienten in geschlechtsspezifischer Betrachtung.**

Hypothese 1	jung = 1969 u.m.				Alt = bis 1968			
	AM1	AM2	Sig.	n	AM1	AM2	Sig.	n
HQT vs. HQTe	80,889	85,222	0,075	4			0,544	12
HQT vs. HQTN1				1	72,375	83,125	0,054	8
HQT vs. HQTN2				1	60,800	80,000	0,193	5
HQTe mit HQTN1				1	80,167	85,000	0,169	6

**Tabelle 9: Signifikante Veränderung des Humorquotienten in altersspezifischer Betrachtung.**

Humor-quotient bei Beginn der Untersuchung (HQT)	Humor-quotient bei Ende der Untersuchung (HQTe)	n	Persönlichkeitsmerkmal <i>heiter</i> bei Beginn der Untersuchung (heitert)	Persönlichkeitsmerkmal <i>heiter</i> bei Ende der Untersuchung (heiterte)	n	Persönlichkeitsmerkmal <i>heiter</i> bei Nacherhebung nach 3 Monaten (heitertN1)	n	Persönlichkeitsmerkmal <i>heiter</i> bei Nacherhebung nach 6 Monaten (heitertN2)	n
83.05	85.95	16	56.55	59.64	10				
			53.12			59.25	8		
			48.20					56.60	5
				53.71		56.57	7		
				48.20				55.20	5
						53.83		56.33	6

**Tabelle 10: Signifikante Veränderungen beim Vergleich des Humorquotienten mit dem Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit jeweils zu Beginn und bei Ende der Untersuchung sowie bei den Nacherhebungen.**

Humor-quotient bei Beginn der Untersuchung (HQT)	Humor-quotient bei Ende der Untersuchung (HQTe)	n	Persönlichkeitsmerkmal <i>ernst</i> bei Beginn der Untersuchung (ernstt)	Persönlichkeitsmerkmal <i>ernst</i> bei Ende der Untersuchung (ernstte)	n	Persönlichkeitsmerkmal <i>ernst</i> bei Nacherhebung nach 3 Monaten (ernsttN1)	n	Persönlichkeitsmerkmal <i>ernst</i> bei Nacherhebung nach 6 Monaten (ernsttN2)	n
83.05	85.95	16	52.43	50.93	13				
			53.75			52.88	8		
			59.00					57.60	5
				51.71		52.86	7		
				58.40				57.60	5
						57.50		58.25	4

**Tabelle 11: Signifikante Veränderungen beim Vergleich des Humorquotienten mit dem Persönlichkeitsmerkmal Ernsthaftigkeit jeweils zu Beginn und bei Ende der Untersuchung sowie bei den Nacherhebungen.**

Humor-quotient bei Beginn der Untersuchung (HQT)	Humor-quotient bei Ende der Untersuchung (HQTe)	n	Persönlichkeitsmerkmal schlechte Laune bei Beginn der Untersuchung (schlechtelau-net)	Persönlichkeitsmerkmal schlechte Laune bei Ende der Untersuchung (schlechtelau-nete)	n	Persönlichkeitsmerkmal schlechte Laune bei Nacherhebung nach 3 Monaten (schlechtelau-netN1)	n	Persönlichkeitsmerkmal schlechte Laune bei Nacherhebung nach 6 Monaten (schlechtelau-netN2)	n
83.05	85.95	16	50.92	48.33	11				
			54.78			50.44	9		
			57.60					52.60	5
				50.14		48.71	7		
				55.00				52.60	5
						52.00		52.60	5

**Tabelle 12: Signifikante Veränderungen beim Vergleich des Humorquotienten mit dem Persönlichkeitsmerkmal Schlechte Laune jeweils zu Beginn und bei Ende der Untersuchung sowie bei den Nacherhebungen.**

Hypothese 1	1. Variable	2. Variable		
	AM	AM	Sig.	n
humor mit humorN1	11,667	12,556	0,104	9

**Tabelle 13: Signifikante Veränderung beim Vergleich des Durchschnittswertes der Variable Freude am Humor (humor).**

Hypothese 1	1. Variable	2. Variable		
	AM	AM	Sig.	n
ernsts mit ernstsN1	13,222	11,111	0,051	9
ernsts mit ernstsN2	14,333	11,333	0,087	6
ernstse mit ernstsN1	12,875	11,250	0,102	8

**Tabelle 14: Signifikante Veränderung beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Ernsthaftigkeit und Negative Stimmung (ernsts).**

Hypothese 1	1. Variable	2. Variable		
	AM	AM	Sig.	n
scherz mit scherze	13,840	12,520	0,125	19

**Tabelle 15: Signifikante Veränderung beim Vergleich des Durchschnittswertes der Variable Scherzhaftigkeit und Positive Stimmung (scherz).**

Hypothese 1	1. Variable	2. Variable		
	AM	AM	Sig.	n
scherze mit scherzN1	11,875	13,375	0,056	8
scherze mit scherzN2	11,833	13,667	0,175	6

**Tabelle 16: Signifikante Veränderung beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Scherzhaftigkeit und Positive Stimmung (scherz).**

Hypothese 1	1. Variable	2. Variable		
	AM	AM	Sig.	n
lachen mit lachene	13,261	13,957	0,115	17
lachen mit lachenN1	11,778	12,778	0,108	9

**Tabelle 17: Signifikante Veränderung beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Lachen (lachen).**

Hypothese 1	1. Variable	2. Variable		
	AM	AM	Sig.	n
alltag mit alltagN1	13,444	14,778	0,073	9

**Tabelle 18: Signifikante Veränderung beim Vergleich des Durchschnittswertes der Variable Entdecken von Humor im Alltag (alltag).**

Hypothese 1	1. Variable	2. Variable		
	AM	AM	Sig.	n
selbst mit selbste	14,840	15,520	0,098	19

**Tabelle 19: Signifikante Veränderung beim Vergleich des Durchschnittswertes der Variable Über sich selbst lachen (selbst).**

Hypothese 1	1. Variable	2. Variable		
	AM	AM	Sig.	n
stress mit stressse	12,083	13,292	0,023	18
stress mit stressN1	10,111	11,444	0,155	9
stress mit stressN2	8,667	12,333	0,110	6
stressN1 mit stressN2	10,333	12,333	0,167	6

**Tabelle 20: Signifikante Veränderung beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Humor unter Stress (stress).**

Hypothese 2	1. Variable	2. Variable		
	AM	AM	Sig.	n
CHS vs. CHSN1	16,444	18,667	0,115	9
CHS vs. CHSN2	14,500	19,250	0,028	4
CHSe mit CHSN2	17,250	19,250	0,016	4

**Tabelle 21: Signifikante Veränderung beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Coping Humor Scale (CHS).**

Hypothese 2	1=weiblich			
	AM1	AM2	Sig.	n
CHS vs. CHSe	18,000	19,375	0,073	11
CHS vs. CHSN2	13,500	20,000	0,144	2

**Tabelle 22: Signifikante Veränderung beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Coping Humor Scale (CHS) in geschlechterspezifischer Betrachtung.**

Hypothese 2	al t= bis 1968			
	AM1	AM2	Sig.	n
CHS vs. CHSN1	16,000	18,875	0,050	8
CHS vs. CHSN2	14,500	19,250	0,028	4
CHSe mit CHSN2	17,250	19,250	0,016	4

**Tabelle 23: Signifikante Veränderung beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Coping Humor Scale (CHS) in altersspezifischer Betrachtung.**

CHS						
Versuchsgruppe	CHS/CHSe	CHS/CHSN1	CHS/CHSN2	CHSe/CHSN1	CHSe/CHSN2	CHSN1/CHSN2
1	0,080 n=4	0,066 n=4	0,067 n=3	0,704 n=4	0,020 n=3	1,000 n=3
2	0,242 n=5	0,483 n=3		0,739 n=3		
3	0,141 n=5					
4	0,579 n=4					

**Tabelle 24: Signifikante Veränderung beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Coping Humor Scale (CHS) in einrichtungsspezifischer Betrachtung.**<sup>58</sup>

Hypothese 3	1. Variable	2. Variable		
	AM	AM	Sig.	n
ausgleich mit ausgleichN1	3,889	6,444	0,029	9
ausgleich mit ausgleichN2	3,333	6,500	0,080	6
ausgleiche mit ausgleichN1	4,714	6,714	0,122	7
ausgleiche mit ausgleichN2	4,000	7,600	0,049	5

**Tabelle 25: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Ausgeglichenheit (ausgleich).**

Hypothese 3	1=weiblich				2=männlich			
	AM1	AM2	Sig.	n	AM1	AM2	Sig.	n
ausgleich mit ausgleichN1	2,800	6,000	0,105	5			0,213	4
ausgleich mit ausgleichN2			0,448	3	4,333	8,000	0,128	3
ausgleiche mit ausgleich N2			0,395	2	4,333	8,000	0,187	3

**Tabelle 26: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Ausgeglichenheit (ausgleich) in geschlechterspezifischer Betrachtung.**

<sup>58</sup> Bei dieser Tabelle (und entsprechenden folgenden Tabellen) ist zu beachten, dass wegen zu kleiner Fallzahlen nur bei CHS/CHSe in den Einrichtungen 1 und 2 Mittelwertunterschiede geprüft werden können; die VG 3 und 4 (und zudem dort, wo weitere leere Zellen zu finden sind) scheiden bei allen anderen Vergleichen aus.



Hypothese 3	alt=bis 1968			
	AM1	AM2	Sig.	n
ausgleich mit ausgleichN1	3,500	6,250	0,036	8
ausgleich mit ausgleichN2	2,600	6,200	0,100	5
ausgleiche mit ausgleichN1	4,167	6,500	0,122	6
ausgleiche mit ausgleichN2	3,000	7,500	0,032	4

**Tabelle 27: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Ausgeglichenheit (ausgleich) in altersspezifischer Betrachtung.**

ausgleich						
Versuchsgruppe	a/ae	a/N1	a/N2	ae/N1	ae/N2	aN1/N2
1	0,580 n=3	0,082 n=4	-0,238 n=4	0,005 n=3	0,120 n=3	0,312 n=4
2	0,587 n=5	0,478 n=3	0,395 n=2	0,635 n=3	0,500 n=2	0,500 n=2
3	0,436 n=3					
4	0,456 n=4					

**Tabelle 28: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Ausgeglichenheit (ausgleich) in einrichtungsspezifischer Betrachtung.**

Hypothese 3	1. Variable	2. Variable		
	AM	AM	Sig.	n
gutgestimmt vs. gutgestimmtN1	6,556	9,889	0,093	9
gutgestimmt vs. gutgestimmtN2	5,833	10,167	0,128	6
gutgestimmte mit gutgestimmtN1	6,750	9,500	0,064	8
gutgestimmte mit gutgestimmtN2	6,333	10,167	0,103	6

**Tabelle 29: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Gutgestimmtheit (gutgestimmt).**



Hypothese 3	1=weiblich			
	AM1	AM2	Sig.	n
gutgestimmt vs. gutgestimmtN1	4,800	10,000	0,127	5
gutgestimmte mit gutgestimmtN1	5,500	9,250	0,147	4
gutgestimmte mit gutgestimmtN2	5,667	8,667	0,188	3
gutgestimmtN1 mit gutgestimmtN2	10,67	8,667	0,184	3

**Tabelle 30: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Gutgestimmtheit (gutgestimmt) in geschlechtsspezifischer Betrachtung.**

Hypothese 3	alt = bis 1968			
	AM1	AM2	Sig.	n
gutgestimmt vs. gutgestimmtN1	5,875	9,625	0,092	8
gutgestimmt vs. gutgestimmtN2	4,600	10,200	0,085	5
gutgestimmte mit gutgestimmtN1	5,857	9,143	0,045	7
gutgestimmte mit gutgestimmtN2	5,000	10,200	0,035	5

**Tabelle 31: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Gutgestimmtheit (gutgestimmt) in altersspezifischer Betrachtung.**

gutgestimmt						
Versuchsgruppe	g/ge	g/N1	g/N2	ge/N1	ge/N2	N1/N2
1	0,729 n=4	0,170 n=4	0,182 n=4	0,039 n=4	0,104 n=4	0,783 n=4
2	0,847 n=5	0,840 n=3	0,705 n=2	0,826 n=3	0,758 n=2	0,795 n=2
3	0,431 n=5					
4	0,038 n=5					

**Tabelle 32: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Gutgestimmtheit (gutgestimmt) in einrichtungsspezifischer Betrachtung.**

Hypothese 3	1. Variable	2. Variable		
	AM	AM	Sig.	N
aktiv mit aktivN1	7,222	10,333	0,053	9
aktiv mit aktivN2	6,167	11,333	0,047	6
aktive mit aktivN1	7,375	10,375	0,040	8
aktive mit aktivN2	6,833	11,333	0,053	6
aktivN1 mit aktivN2	9,5	11,333	0,058	6

**Tabelle 33: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Leistungsbezogene Aktiviertheit (aktiv).**

Hypothese 3	1=weiblich				2=männlich			
	AM1	AM2	Sig.	n	AM1	AM2	Sig.	n
aktiv mit aktivN1			0,231	5	8,000	11,000	0,164	4
aktive mit aktivN1	5,750	9,750	0,053	4			0,408	4
aktive mit aktivN2	6,333	11,000	0,085	3			0,363	3

**Tabelle 34: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Leistungsbezogene Aktiviertheit (aktiv) in geschlechtsspezifischer Betrachtung.**

Hypothese 3	alt=bis 1968			
	1. Variable	2. Variable		
	AM	AM	Sig.	n
aktiv mit aktive			0,508	
aktiv mit aktivN1	6,750	10,375	0,040	13
aktiv mit aktivN2	5,200	11,600	0,027	8
aktive mit aktivN1	6,571	10,429	0,007	5
aktive mit aktivN2	5,600	11,600	0,007	7
aktivN1 mit aktivN2	9,400	11,600	0,051	5

**Tabelle 35: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Leistungsbezogene Aktiviertheit (aktiv) in altersspezifischer Betrachtung.**

aktiv						
Versuchsgruppe	a/ae	a/N1	a/N2	ae/N1	ae/N2	N1/N2
1	0,752 n=4	0,157 n=4	0,082 n=4	0,053 n=4	0,031 n=4	0,133 n=4
2	0,374 n=5	0,338 n=3	0,590 n=2	0,868 n=3	0,758 n=2	0,500 n=2
3	0,187 n=5					
4	0,858 n=5					

**Tabelle 36: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Leistungsbezogene Aktiviertheit (aktiv) in einrichtungsspezifischer Betrachtung.**

Hypothese 3	1. Variable	2. Variable		
	AM	AM	Sig.	n
extra mit extraN1	2,222	3,444	0,163	9
extra mit extraN2	1,667	4,000	0,058	6
extrae mit extraN1	2,000	3,625	0,024	8
extrae mit extraN2	2,000	4,000	0,018	6

**Tabelle 37: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Extrovertiertheit/Introvertiertheit (extra).**

Hypothese 3	1=weiblich				2=männlich			
	AM1	AM2	Sig.	n	AM1	AM2	Sig.	n
extra mit extraN2			0,287	3	2,333	4,333	0,184	3
extrae mit extraN1	1,500	3,500	0,066	4			0,278	4
extrae mit extraN2	2,000	3,667	0,038	3	2,000	4,333	0,192	3

**Tabelle 38: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Extrovertiertheit/Introvertiertheit (extra) in geschlechtsspezifischer Betrachtung.**

Hypothese 3	alt=bis 1968			
	1. Variable	2. Variable		
	AM1	AM2	Sig.	n
extra mit extraN1	2,000	3,375	0,164	8
extra mit extraN2	1,200	4,000	0,052	5
extrae mit extraN1	1,714	3,571	0,021	7
extrae mit extraN2	1,600	4,000	0,009	5

**Tabelle 39: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Extrovertiertheit/Introvertiertheit (extra) in altersspezifischer Betrachtung.**

extra						
Versuchsgruppe	e/ee	e/N1	e/N2	ee/N1	ee/N2	N1/N2
1	0,703 n=4	0,141 n=4	0,128 n=4	0,066 n=4	0,037 n=4	0,391 n=4
2	0,477 n=5	1,000 n=3	0,500 n=2	0,423 n=3	0,500 n=2	0,500 n=2
3	0,033 n=5					
4	0,604 n=5					

**Tabelle 40: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Extrovertiertheit/Introvertiertheit (extra) in einrichtungsspezifischer Betrachtung.**

Hypothese 3	1. Variable	2. Variable		
	AM	AM	Sig.	n
erregte mit erregtN1	4,750	8,125	0,108	8
erregtN1 mit erregtN2	8,833	5,667	0,032	6

**Tabelle 41: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Erregtheit (erregt).**

Hypothese 3	1=weiblich				2=männlich			
	AM1	AM2	Sig.	n	AM1	AM2	Sig.	n
erregt mit erregtN2	1,333	7,667	0,113	3			0,408	3
erregtN1 mit erregtN2			0,423	3	9,000	3,667	0,004	3

**Tabelle 42: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Erregtheit (erregt) in geschlechtsspezifischer Betrachtung.**

Hypothese 3	alt=bis 1968			
	1. Variable	2. Variable		
	AM	AM	Sig.	n
erregte mit erregtN1	4,571	8,429	0,108	7
erregtN1 mit erregtN2	9,400	6,600	0,087	5

**Tabelle 43: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Erregtheit (erregt) in altersspezifischer Betrachtung.**

erregt						
Versuchsgruppe	er/ere	er/N1	er/N2	ere/N1	ere/N2	N1/N2
1	0,638 n=4	0,045 n=4	0,076 n=4	0,082 n=4	0,166 n=4	0,215 n=4
2	0,170 n=5	0,588 n=3	0,272 n=2	0,635 n=3	0,058 n=2	
3	0,241 n=5					
4	0,638 n=6					

**Tabelle 44: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Erregtheit (erregt) in einrichtungsspezifischer Betrachtung.**

Hypothese 3	1. Variable	2. Variable		
	AM	AM	Sig.	n
angstN1 mit angstN2	5,167	3,167	0,144	6

**Tabelle 45: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Ängstlichkeit/Traurigkeit (angst).**

Hypothese 3	1=weiblich				2=männlich			
	AM1	AM2	Sig.	n	AM1	AM2	Sig.	n
angst mit angstN2	1,333	5,333	0,184	3			0,286	3
angste mit angstN2	0,333	5,333	0,185	3			0,324	3
angstN1 mit angstN2			1,000	3	5,000	1,000	0,120	3

**Tabelle 46: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Ängstlichkeit/Traurigkeit (angst) in geschlechtsspezifischer Betrachtung.**

Hypothese 3	alt=bis 1968			
	AM1	AM2	Sig.	n
angstN1 mit angstN2	6,000	3,800	0,189	5

**Tabelle 47: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Ängstlichkeit/Traurigkeit (angst) in altersspezifischer Betrachtung.**

angst						
Versuchsgruppe	a/ae	a/N1	a/N2	ae/N1	ae/N2	N1/N2
1	0,103 n=4	0,087 n=4	0,312 n=4	0,061 n=4	0,145 n=4	0,412 n=4
2	0,263 n=5	0,478 n=3	0,500 n=2	0,529 n=3	0,242 n=2	0,395 n=2
3	0,067 n=5					
4	0,342 n=6					

**Tabelle 48: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Ängstlichkeit/Traurigkeit (angst) in einrichtungsspezifischer Betrachtung.**

Hypothese 3	1=weiblich			
	AM1	AM2	Sig.	n
reize mit reizN2	0,000	6,667	0,199	3

**Tabelle 49: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Gereiztheit (reiz) in geschlechtsspezifischer Betrachtung.**

Hypothese 3	alt=bis 1968			
	AM1	AM2	Sig.	n
reize mit reizN2	0,600	5,600	0,098	5

**Tabelle 50: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Gereiztheit (reiz) in altersspezifischer Betrachtung.**

reiz						
Versuchsgruppe	r/re	r/N1	r/N2	re/N1	re/N2	N1/N2
1	0,213 n=4	0,256 n=4	0,197 n=4	0,116 n=4	0,090 n=4	0,638 n=4
2	0,588 n=5	0,802 n=3	0,437 n=2	0,802 n=3	0,500 n=2	0,374 n=2
3	0,059 n=5					
4	0,423 n=5					

**Tabelle 51: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Gereiztheit (reiz) in einrichtungsspezifischer Betrachtung.**

Hypothese 3	1. Variable	2. Variable		
	AM	AM	Sig.	n
desaktiv mit. desaktive	7,000	5,444	0,020	17
desaktiv mit desaktivN2	3,000	7,883	0,125	6
desaktive mit desaktivN1	3,500	6,625	0,191	8
desaktive mit desaktivN2	3,333	7,833	0,168	6

**Tabelle 52: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Allgemeine Desaktiviertheit (desaktiv).**

Hypothese 3	1=weiblich				2=männlich			
	AM1	AM2	Sig.	n	AM1	AM2	Sig.	n
desaktiv vs. desaktive	6,500	4,700	0,041	9			0,265	8
desaktiv vs. desaktivN2	0,667	9,333	0,010	3			0,840	3
desaktive mit desaktivN1	1,250	7,500	0,085	4			1,000	4
desaktive mit desaktivN2	0,333	9,333	0,028	3			1,000	3
desaktivN1 mit desaktivN2			0,808	3	7,667	6,333	0,057	3

**Tabelle 53: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Allgemeine Desaktiviertheit (desaktiv) in geschlechtsspezifischer Betrachtung.**

Hypothese 3	alt=bis 1968			
	AM1	AM2	Sig.	n
desaktiv vs. desaktive	6,077	4,923	0,054	13
desaktiv vs. desaktivN2	2,800	8,600	0,124	5
desaktive mit desaktivN1	3,000	6,857	0,151	7
desaktive mit desaktivN2	2,600	8,600	0,106	5

**Tabelle 54: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Allgemeine Desaktiviertheit (desaktiv) in altersspezifischer Betrachtung.**

desaktiv						
Versuchsgruppe	d/de	d/N1	d/N2	de/N1	de/N2	N1/N2
1	1,000 n=4	0,001 n=4	0,001 n=4	0,000 n=4	0,004 n=4	1,000 N=4
2	0,519 n=5	0,321 n=3	0,500 n=2	0,035 n=3	0,156 n=2	0,205 n=2
3	0,108 n=5					
4	0,130 n=5					

**Tabelle 55: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Allgemeine Desaktiviertheit (desaktiv).**

Versuchsgruppe	Einheit 1	Einheit 2	Einheit 3	Einheit 4	Einheit 5	Einheit 6
1	Anstieg					
2						
3	Anstieg		Anstieg		Anstieg	Anstieg
4	Anstieg	Anstieg	Anstieg	Anstieg	Anstieg	Anstieg
5			Anstieg	Rückgang	Anstieg	Anstieg
6	Anstieg		Anstieg	Anstieg		
7						
8	Anstieg	Anstieg				

**Tabelle 56: Vergleich Zustand Heiterkeit je Sitzung zum Zeitpunkt Z1 (unmittelbar vor der Sitzung) mit Zeitpunkt Z2 (unmittelbar nach der Sitzung) „heiterE\*Z1“ mit „heiterE\*Z2“.**



Heiter	Einheit 1			
Versuchsgruppe	Anfang	Ende	Signifikanz	n
1	26,00	30,67	0,128	3
2	28,25	27,60	Kein Test möglich	
3	22,17	27,33	0,123	6
4	27,73	30,55	0,134	11
5	21,50	23,75	0,299	4
6	26,00	34,00	0,079	2
8	26,57	30,29	0,036	7
Heiter	Einheit 2			
Versuchsgruppe	Anfang	Ende	Signifikanz	n
1	35,50	38,00	0,312	4
2	22,60	23,00	0,868	5
3	23,29	25,57	0,676	7
4	31,22	36,22	0,002	9
5	24,50	30,00	0,212	4
6	17,50	38,00	0,250	2
7	23,75	33,00	0,221	4
8	26,63	31,75	0,063	8
Heiter	Einheit 3			
Versuchsgruppe	Anfang	Ende	Signifikanz	n
1	36,00	36,50	0,942	2
2	26,20	29,60	0,223	5
3	27,71	30,43	0,028	7
4	30,33	34,11	0,047	9
5	21,60	25,00	0,003	5
6	26,33	36,00	0,147	3
7	32,00	39,00	kein Test möglich	
Heiter	Einheit 4			
Versuchsgruppe	Anfang	Ende	Signifikanz	n
1	28,67	33,67	0,225	3
2	24,80	26,80	0,266	5
3	30,60	31,30	0,627	10
4	33,20	36,60	0,096	5
5	24,50	17,00	0,008	8
6	26,50	35,75	0,140	4
7	28,50	30,00	0,500	2
Heiter	Einheit 5			
Versuchsgruppe	Anfang	Ende	Signifikanz	n
1	32,00	36,50	0,219	4
2	27,67	23,33	kein Test möglich	
3	24,17	28,00	0,076	6
4	28,00	34,00	0,033	7
5	21,67	29,00	0,197	3
Heiter	Einheit 6			
Versuchsgruppe	Anfang	Ende	Signifikanz	n
2	23,00	26,00	0,435	4
3	27,50	33,50	0,027	6
4	35,00	39,25	0,126	4
5	25,60	31,00	0,033	5

**Tabelle 57: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Zustand Heiterkeit (heiter).**

Versuchsgruppe	Einheit 1	Einheit 2	Einheit 3	Einheit 4	Einheit 5	Einheit 6
1	Rückgang		Rückgang	Rückgang		
2						
3	Rückgang			Rückgang		
4	Rückgang	Rückgang	Rückgang	Rückgang	Rückgang	Rückgang
5				Anstieg	Rückgang	Rückgang
6			Rückgang			
7		Rückgang				
8	Rückgang					

**Tabelle 58: Vergleich Zustand Ernsthaftigkeit je Sitzung zum Zeitpunkt Z1 (unmittelbar vor der Sitzung) mit Zeitpunkt Z2 (unmittelbar nach der Sitzung) „erstE\*Z1“ mit „erstE\*Z2“.**

ernst	Einheit 1			
Versuchsgruppe	Anfang	Ende	Signifikanz	N
1	27,25	19,25	0,006	4
2	27,25	26,75	0,703	4
3	27,14	22,14	0,029	7
4	27,00	21,91	0,001	11
5	26,50	23,50	0,279	4
6	28,33	28,33	1,000	3
8	25,00	21,57	0,025	7
ernst	Einheit 2			
Versuchsgruppe	Anfang	Ende	Signifikanz	n
1	17,75	15,25	0,287	4
2	29,20	25,40	0,290	5
3	23,29	23,86	0,884	7
4	22,56	18,11	0,005	9
5	23,75	20,50	0,268	4
6	25,50	18,00	0,403	2
7	31,17	26,17	0,037	6
8	25,33	24,00	0,640	6
ernst	Einheit 3			
Versuchsgruppe	Anfang	Ende	Signifikanz	n
1	21,00	18,00	0,095	3
2	26,20	21,80	0,290	5
3	23,57	21,86	0,377	7
4	21,90	18,20	0,014	10
5	28,40	26,60	0,472	5
6	28,00	22,67	0,150	3
7	21,00	10,00	kein Test möglich	
ernst	Einheit 4			
Versuchsgruppe	Anfang	Ende	Signifikanz	n
1	24,00	18,00	0,122	3
2	26,40	22,40	0,255	5
3	23,11	19,33	0,003	9
4	22,00	15,40	0,019	5
5	26,00	31,33	0,148	6
6	27,00	24,50	kein Test möglich	
7	26,00	24,00	0,295	2
ernst	Einheit 5			
Versuchsgruppe	Anfang	Ende	Signifikanz	n
1	23,67	18,33	0,287	3
2	22,50	24,00	0,205	2
3	23,00	21,67	0,274	6
4	23,00	19,00	0,029	7
5	30,00	20,00	0,041	3
ernst	Einheit 6			
Versuchsgruppe	Anfang	Ende	Signifikanz	n
2	28,75	24,25	0,328	4
3	20,33	19,67	0,632	6
4	18,50	13,25	0,112	4
5	8,80	22,40	0,030	5

**Tabelle 59: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Zustand Ernsthaftigkeit (ernst).**

Versuchsgruppe	Einheit 1	Einheit 2	Einheit 3	Einheit 4	Einheit 5	Einheit 6
1						
2						
3	Rückgang		Rückgang			
4		Rückgang	Rückgang	Rückgang	Rückgang	
5	Rückgang	Rückgang	Rückgang	Anstieg	Rückgang	Rückgang
6	Rückgang	Rückgang		Rückgang		
7		Rückgang				
8	Rückgang	Rückgang				

**Tabelle 60: Vergleich Zustand schlechte Laune je Sitzung zum Zeitpunkt Z1 (unmittelbar vor der Sitzung) mit Zeitpunkt Z2 (unmittelbar nach der Sitzung) „launeE\*Z1“ mit „LauneE\*Z2“.**

laune	Einheit 1			
Versuchsgruppe	Anfang	Ende	Signifikanz	N
1	17,25	14,75	0,278	4
2	20,50	18,25	0,215	4
3	21,17	16,83	0,178	6
4	18,22	16,22	0,320	9
5	22,75	17,25	0,099	4
6	19,33	14,33	0,102	3
8	16,86	13,71	0,021	7
laune	Einheit 2			
Versuchsgruppe	Anfang	Ende	Signifikanz	N
1	11,75	10,00	0,235	4
2	22,60	20,60	0,230	5
3	20,14	18,57	0,738	7
4	15,40	12,70	0,031	10
5	21,25	16,50	0,129	4
6	24,00	11,50	0,076	2
7	24,80	17,00	0,131	5
8	22,71	17,57	0,026	7
laune	Einheit 3			
Versuchsgruppe	Anfang	Ende	Signifikanz	N
1	13,67	11,33	0,613	3
2	20,00	16,80	0,306	5
3	12,20	10,00	0,086	5
4	19,60	14,80	0,036	10
5	24,40	20,00	0,108	5
6	16,50	11,50	0,242	2
7	15,00	12,00	kein Test möglich	
laune	Einheit 4			
Versuchsgruppe	Anfang	Ende	Signifikanz	N
1	15,33	13,00	0,423	3
2	18,20	16,80	0,263	5
3	14,78	14,56	0,559	9
4	15,60	11,20	0,027	5
5	25,29	30,71	0,078	7
6	21,75	13,50	0,181	4
7	22,50	19,50	0,374	2
laune	Einheit 5			
Versuchsgruppe	Anfang	Ende	Signifikanz	N
1	11,75	11,50	0,391	4
2	17,00	15,00	0,500	2
3	22,20	21,20	0,546	5
4	20,71	13,86	0,034	7
5	28,67	20,00	0,039	3
laune	Einheit 6			
Versuchsgruppe	Anfang	Ende	Signifikanz	N
2	17,00	16,50	0,495	4
3	22,20	16,80	0,110	5
4	13,50	11,50	0,201	4
5	22,60	16,80	0,104	5

**Tabelle 61: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Zustand Laune (laune).**

heitert	1. Variable	2. Variable		
	AM	AM	Sig.	n
heitert mit heiterte	56,545	59,636	0,099	10
heiterte mit heitertN2	48,200	55,200	0,067	5

**Tabelle 62: Tabelle 63: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit (heitert).**

heitert	1=weiblich				2=männlich			
	AM1	AM2	Sig.	n	AM1	AM2	Sig.	n
heitert mit heiterte	60,67	63,667	0,197	5			0,363	5
heiterte mit heitertN2			0,590	2	46,667	55,333	0,109	3

**Tabelle 64: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit (heitert) in geschlechtsspezifischer Betrachtung.**

heitert	alt=bis 1968			
	AM1	AM2	Sig.	n
heitert mit heiterte	57,625	60,000	0,192	8
heiterte mit heitertN2	48,250	56,000	0,113	4

**Tabelle 65: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit (heitert) in altersspezifischer Betrachtung.**

heitert						
Versuchsgruppe	h/he	h/N1	h/N2	he/N1	he/N2	N1/N2
1	0,442 n=3	0,388 n=3	0,423 n=3	0,902 n=3	0,243 n=3	0,356 n=4
2	0,344 n=5	0,230 n=3	0,374 n=2	0,181 n=3	0,344 n=2	0,705 n=2
3	0,579 n=5					

**Tabelle 66: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Persönlichkeitsmerkmal Heiterkeit (heitert) in einrichtungsspezifischer Betrachtung.**

ernstt	1. Variable	2. Variable		
	AM	AM	Sig.	n
ernstt mit ernste	52,429	50,929	0,120	13

**Tabelle 67: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Persönlichkeitsmerkmal Ernsthaftigkeit (ernstt).**

ernstt	1=weiblich			
	AM1	AM2	Sig.	n
ernstt mit ernste	52,500	49,000	0,004	7

**Tabelle 68: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Persönlichkeitsmerkmal Ernsthaftigkeit (ernstt) in geschlechtsspezifischer Betrachtung.**

ernstt	alt=bis 1968			
	AM1	AM2	Sig.	n
ernstt mit ernste	52,454	50,182	0,027	11

**Tabelle 69: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Persönlichkeitsmerkmal Ernsthaftigkeit (ernstt) in altersspezifischer Betrachtung.**

ernstt						
Versuchsgruppe	e/ee	e/N1	e/N2	ee/N1	ee/N2	N1/N2
1	0,320 n=4	0,184 n=3	0,590 n=3	0,578 n=3	0,574 n=3	0,126 n=3
2	0,784 n=5	0,238 n=3	0,500 n=2	0,317 n=3	0,795 n=2	0,500 n=2
3	0,206 n=5					

**Tabelle 69: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Persönlichkeitsmerkmal Ernsthaftigkeit (ernstt) in einrichtungsspezifischer Betrachtung.**

schlechtelaunet	1. Variable	2. Variable		
	AM	AM	Sig.	n
schlechtelaunet mit schlechtelaunete	50,917	48,333	0,078	11

**Tabelle 70: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Persönlichkeitsmerkmal Schlechte Laune (schlechtelaunet).**

schlechtelaunet	1=weiblich				2=männlich			
	AM1	AM2	Sig.	n	AM1	AM2	Sig.	n
schlechtelaunet mit schlechtelaunete			0,921	6	51,000	48,333	0,184	5
schlechtelauneN1 mit schlechtelauneN2	51,67	56,333	0,128	3			0,437	2

**Tabelle 71: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Persönlichkeitsmerkmal Schlechte Laune (schlechtelaunet) in geschlechtsspezifischer Betrachtung.**

schlechtelaunet						
Versuchsgruppe	s/se	s/N1	s/N2	se/N1	se/N2	N1/N2
1	0,329 n=3	0,385 n=4	0,731 n=3	0,525 n=3	0,803 n=3	0,128 n=3
2	0,607 n=5	0,095 n=3	0,374 n=2	0,184 n=3	0,455 n=2	0,437 n=2
3	0,039 n=5					

**Tabelle 72: Signifikante Veränderungen beim Vergleich der Durchschnittswerte der Variable Persönlichkeitsmerkmal Schlechte Laune (schlechtelaunet) in einrichtungsspezifischer Betrachtung.**



## Messinstrumente

## Evaluationsbogen

Organisation:	Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Teilbereich:	Einzelzugänge
Dozent:	Dipl. Soz. Arb. (FH) Sabine Link
Studie:	Dissertation
Umfrage:	2012_AHG_DL01_CHS
Formular:	2012CHS01
Datum:	18.03.2012 um 09:38:26

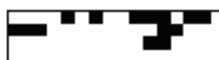
Hinweis: Bitte übergeben Sie das Deckblatt mit allen Fragebögen einem beliebigen Studierenden aus dieser Lehrveranstaltung.

Nach abgeschlossener Befragung werden die ausgefüllten Fragebögen durchgezählt und die Anzahl auf dem Deckblatt vermerkt. Das Deckblatt wird zusammen mit den Fragebögen in das Couvert eingesteckt und verschlossen. Der/die Studierende wird gebeten, das Couvert in der Poststelle des Fachbereiches abzugeben.

## Deckblatt

F2678U57368P0PL0V1D1

2012-03-18, Deckblatt



EvaSys	20120226_SL DISS_CHS	Electric Paper

Markieren Sie so: ☐ ☒ ☐ ☐ Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.  
 Korrektur: ☐ ☒ ☐ ☐ Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

## 1. Allgemeine Daten

1.1 Fragebogen-Nummer (wird von der Untersuchungsleiterin eingetragen)

1.2 heutiges Datum

1.3 Teilnehmer-Code

1.4 Geburtsjahr (Bsp. 1980)

1.5 Geschlecht

☐ weiblich

☐ männlich

1.6 Messzeitpunkt

☐ Start

☐ Ende

## 2. Frage zur Selbsterfahrung

Dieser Fragebogen beschäftigt sich mit der Art und Weise, in der Sie Humor ausdrücken und erleben. Offensichtlich gibt es hierbei grosse Unterschiede zwischen den Menschen und deshalb keine richtigen oder falschen Antworten. Unten finden Sie eine Liste mit 7 Aussagen. Bitte geben Sie zu jedem Satz den Grad Ihrer Zustimmung oder Ablehnung der jeweiligen Aussage an.

2.1 Wenn ich Probleme habe, verliere ich oft meinen Sinn für Humor.

☐ starke Ablehnung

☐ leichte Ablehnung

☐ leichte Zustimmung

☐ starke Zustimmung

2.2 Ich habe oft erlebt, dass meine Probleme stark abnehmen, wenn ich versucht habe, etwas Lustiges an ihnen zu entdecken.

☐ starke Ablehnung

☐ leichte Ablehnung

☐ leichte Zustimmung

☐ starke Zustimmung

2.3 Meist suche ich nach etwas Witzigem, das ich sagen kann, wenn ich in einer angespannten Situation bin.

☐ starke Ablehnung

☐ leichte Ablehnung

☐ leichte Zustimmung

☐ starke Zustimmung

2.4 Ich muss zugeben, dass mein Leben möglicherweise leichter wäre, wenn ich mehr Sinn für Humor hätte.

☐ starke Ablehnung

☐ leichte Ablehnung

☐ leichte Zustimmung

☐ starke Zustimmung



## 2. Frage zur Selbsterfahrung [Fortsetzung]

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| 2.5 Ich habe oft gemerkt, dass, wenn ich in einer Situation bin, in der ich entweder lachen oder weinen könnte, es besser ist, zulachen. | <input type="checkbox"/> starke Ablehnung  | <input type="checkbox"/> leichte Ablehnung | <input type="checkbox"/> leichte Zustimmung |
|  | <input type="checkbox"/> starke Zustimmung |  |   |
| 2.6 Gewöhnlich kann ich sogar in unangenehmen Situationen etwas zu lachen oder zu scherzen finden.                                       | <input type="checkbox"/> starke Ablehnung  | <input type="checkbox"/> leichte Ablehnung | <input type="checkbox"/> leichte Zustimmung |
|  | <input type="checkbox"/> starke Zustimmung |  |   |
| 2.7 Ich habe die Erfahrung gemacht, dass Humor oft eine sehr effektive Art ist, Probleme zu bewältigen.                                  | <input type="checkbox"/> starke Ablehnung  | <input type="checkbox"/> leichte Ablehnung | <input type="checkbox"/> leichte Zustimmung |
|  | <input type="checkbox"/> starke Zustimmung |  |   |

Bitte kontrollieren Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

*Vielen Dank!*

*Copyright R.A. Martin & H.M. Lefcourt 1984*

# Evaluationsbogen

Organisation:	Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Teilbereich:	Einzelzugänge
Dozent:	Dipl. Soz. Arb. (FH) Sabine Link
Studie:	Dissertation
Umfrage:	2012_AHG_DL01_SHS
Formular:	2012SHS01
Datum:	18.03.2012 um 09:39:17

Hinweis: Bitte übergeben Sie das Deckblatt mit allen Fragebögen einem beliebigen Studierenden aus dieser Lehrveranstaltung.

Nach abgeschlossener Befragung werden die ausgefüllten Fragebögen durchgezählt und die Anzahl auf dem Deckblatt vermerkt. Das Deckblatt wird zusammen mit den Fragebögen in das Couvert eingesteckt und verschlossen. Der/die Studierende wird gebeten, das Couvert in der Poststelle des Fachbereiches abzugeben.

## Deckblatt

F2667U25272P0PL0V1D1

2012-03-18, Deckblatt



EvaSys	20120226_SL_DISS_SHS	Electric Paper

Markieren Sie so: ☐ ☒ ☐ ☐ Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.  
 Korrektur: ☐ ☒ ☐ ☐ Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

## 1. Allgemeine Daten

1.1 Fragebogen-Nummer (wird von der Untersuchungsleiterin eingetragen)

1.2 heutiges Datum

1.3 Teilnehmer-Code

1.4 Geburtsjahr (Bsp. 1980)

1.5 Geschlecht

☐ weiblich

☐ männlich

1.6 Messzeitpunkt

☐ Start

☐ Ende

## 2. Frage zur Selbsterfahrung

Benutzen Sie diese Skala, um anzugeben, in welchem Masse Sie mit den folgenden Aussagen übereinstimmen. Seien Sie dabei bitte ehrlich zu sich selbst. Vermeiden Sie die Tendenz, eine Antwort zu geben, von der Sie meinen, dass diese "besser" sei.

2.1 Ich mag es, mit Menschen zusammen zu sein, die mich zum Lachen bringen.

☐ starke Ablehnung

☐ leichte Ablehnung

☐ leichte Zustimmung

☐ starke Zustimmung

2.2 Ich bin meist in einer ernsten Gemütsfassung.

☐ starke Ablehnung

☐ leichte Ablehnung

☐ leichte Zustimmung

☐ starke Zustimmung

2.3 Ich mache mir oft scherzhaftes Benehmen zu eigen, um bestimmte Dinge zu erreichen.

☐ starke Ablehnung

☐ leichte Ablehnung

☐ leichte Zustimmung

☐ starke Zustimmung

2.4 Ich halte mir mehrmals am Tag den Bauch vor Lachen.

☐ starke Ablehnung

☐ leichte Ablehnung

☐ leichte Zustimmung

☐ starke Zustimmung

2.5 Ich mag es, mit Sprache zu spielen.

☐ starke Ablehnung

☐ leichte Ablehnung

☐ leichte Zustimmung

☐ starke Zustimmung



EvaSys	20120226_SL_DISS_SHS	Electric Paper
--------	----------------------	----------------

## 2. Frage zur Selbsterfahrung [Fortsetzung]

- 2.6 Ich entdecke schneller als meine Bekannten Humor in Alltagssituationen.
- ☐ starke Ablehnung      ☐ leichte Ablehnung      ☐ leichte Zustimmung
- ☐ starke Zustimmung
- 2.7 Ich habe keine Schwierigkeiten damit, mich über Dinge lustig zu machen, die meinen eigenen Körper betreffen.
- ☐ starke Ablehnung      ☐ leichte Ablehnung      ☐ leichte Zustimmung
- ☐ starke Zustimmung
- 2.8 Mein Humor verlässt mich nur selten unter Stress.
- ☐ starke Ablehnung      ☐ leichte Ablehnung      ☐ leichte Zustimmung
- ☐ starke Zustimmung
- 2.9 Ich suche grundsätzlich nach lustigen Sendungen im TV-Programm.
- ☐ starke Ablehnung      ☐ leichte Ablehnung      ☐ leichte Zustimmung
- ☐ starke Zustimmung
- 2.10 Ich fühle mich durch Menschen belästigt, die bei der Arbeit scherzen.
- ☐ starke Ablehnung      ☐ leichte Ablehnung      ☐ leichte Zustimmung
- ☐ starke Zustimmung
- 2.11 Ich habe einen optimistischen Ausblick auf mein Leben.
- ☐ starke Ablehnung      ☐ leichte Ablehnung      ☐ leichte Zustimmung
- ☐ starke Zustimmung
- 2.12 Ich habe ein herzhafteres, mehr robustes Lachen als die meisten anderen Menschen.
- ☐ starke Ablehnung      ☐ leichte Ablehnung      ☐ leichte Zustimmung
- ☐ starke Zustimmung
- 2.13 Ich erzähle oft Witze.
- ☐ starke Ablehnung      ☐ leichte Ablehnung      ☐ leichte Zustimmung
- ☐ starke Zustimmung
- 2.14 Ich entdecke oft Humor in Dingen, die geschehen oder in Dingen, die andere bei der Arbeit tun/sagen.
- ☐ starke Ablehnung      ☐ leichte Ablehnung      ☐ leichte Zustimmung
- ☐ starke Zustimmung
- 2.15 Ich entdecke oft Humor in persönlichen unangenehmen Vorfällen oder eigenen Schnitzern.
- ☐ starke Ablehnung      ☐ leichte Ablehnung      ☐ leichte Zustimmung
- ☐ starke Zustimmung
- 2.16 Ich suche oft nach Massenmedien-Humor (TV, Cartoons etc.), wenn ich unter Stress bin.
- ☐ starke Ablehnung      ☐ leichte Ablehnung      ☐ leichte Zustimmung
- ☐ starke Zustimmung
- 2.17 Wenn ich ein Magazin durchblättere, suche ich grundsätzlich nach den Cartoons.
- ☐ starke Ablehnung      ☐ leichte Ablehnung      ☐ leichte Zustimmung
- ☐ starke Zustimmung
- 2.18 Ich habe eine pessimistische Aussicht auf mein Leben.
- ☐ starke Ablehnung      ☐ leichte Ablehnung      ☐ leichte Zustimmung
- ☐ starke Zustimmung



EvaSys	20120226_SL_DISS_SHS	Electric Paper
--------	----------------------	----------------

## 2. Frage zur Selbsterfahrung [Fortsetzung]

2.19 Ich bin ein sehr spontaner Mensch.

- ☐ starke Ablehnung      ☐ leichte Ablehnung      ☐ leichte Zustimmung  
☐ starke Zustimmung

2.20 Ich bin ein grundsätzlich emotionaler Mensch.

- ☐ starke Ablehnung      ☐ leichte Ablehnung      ☐ leichte Zustimmung  
☐ starke Zustimmung

2.21 Ich erzähle oft lustige Geschichten.

- ☐ starke Ablehnung      ☐ leichte Ablehnung      ☐ leichte Zustimmung  
☐ starke Zustimmung

2.22 Ich entdecke oft Humor in Dingen, die geschehen oder in Dingen, die andere zu Hause tun/sagen.

- ☐ starke Ablehnung      ☐ leichte Ablehnung      ☐ leichte Zustimmung  
☐ starke Zustimmung

2.23 Ich finde es einfach, über Witze anderer zu lachen, in denen ich die Zielscheibe bin.

- ☐ starke Ablehnung      ☐ leichte Ablehnung      ☐ leichte Zustimmung  
☐ starke Zustimmung

2.24 Ich benutze meinen Sinn für Humor, um kontrollieren zu können, bis zu welchem Grad Stress meine Stimmung verschlechtert.

- ☐ starke Ablehnung      ☐ leichte Ablehnung      ☐ leichte Zustimmung  
☐ starke Zustimmung

2.25 Wenn ich ins Kino ginge, würde ich lieber einen guten komischen Film sehen als einen anderen Film.

- ☐ starke Ablehnung      ☐ leichte Ablehnung      ☐ leichte Zustimmung  
☐ starke Zustimmung

2.26 Ich bin oft in schlechter Stimmung (wütend, ängstlich, niedergeschlagen oder traurig).

- ☐ starke Ablehnung      ☐ leichte Ablehnung      ☐ leichte Zustimmung  
☐ starke Zustimmung

2.27 Ich habe viel Spaß in meinem Leben.

- ☐ starke Ablehnung      ☐ leichte Ablehnung      ☐ leichte Zustimmung  
☐ starke Zustimmung

2.28 Ich fühle mich wohl beim Lachen, selbst wenn andere sich dabei nicht wohl fühlen.

- ☐ starke Ablehnung      ☐ leichte Ablehnung      ☐ leichte Zustimmung  
☐ starke Zustimmung

2.29 Ich entwickle oft eigene Wortspiele.

- ☐ starke Ablehnung      ☐ leichte Ablehnung      ☐ leichte Zustimmung  
☐ starke Zustimmung

2.30 Ich entdecke oft Humor in Geschehnissen ausserhalb der Arbeit und der Familie.

- ☐ starke Ablehnung      ☐ leichte Ablehnung      ☐ leichte Zustimmung  
☐ starke Zustimmung



**2. Frage zur Selbsterfahrung [Fortsetzung]**

2.31 Ich habe keine Schwierigkeiten damit, Witze zu erzählen, in denen ich die Zielscheibe bin.

- ☐ starke Ablehnung                      ☐ leichte Ablehnung                      ☐ leichte Zustimmung  
☐ starke Zustimmung

2.32 Ich benutze Humor oft bei der Arbeit, um Stress zu reduzieren und effektiv bei der Arbeit zu bleiben.

- ☐ starke Ablehnung                      ☐ leichte Ablehnung                      ☐ leichte Zustimmung  
☐ starke Zustimmung

2.33 Für mich ist es wichtig, viel Humor in meinem Leben zu haben.

- ☐ starke Ablehnung                      ☐ leichte Ablehnung                      ☐ leichte Zustimmung  
☐ starke Zustimmung

2.34 Ich fühle mich oft frustriert.

- ☐ starke Ablehnung                      ☐ leichte Ablehnung                      ☐ leichte Zustimmung  
☐ starke Zustimmung

2.35 Ich bin oft in positiver Stimmung.

- ☐ starke Ablehnung                      ☐ leichte Ablehnung                      ☐ leichte Zustimmung  
☐ starke Zustimmung

2.36 Ein Elternteil oder beide lachten oft, während ich aufwuchs.

- ☐ starke Ablehnung                      ☐ leichte Ablehnung                      ☐ leichte Zustimmung  
☐ starke Zustimmung

2.37 Ich mache oft spontane geistreiche Bemerkungen (keine Wortspiele).

- ☐ starke Ablehnung                      ☐ leichte Ablehnung                      ☐ leichte Zustimmung  
☐ starke Zustimmung

2.38 Ich teile oft mit anderen die lustigen Vorfälle, die mir passieren oder die ich beobachte.

- ☐ starke Ablehnung                      ☐ leichte Ablehnung                      ☐ leichte Zustimmung  
☐ starke Zustimmung

2.39 Ich erzähle anderen oft von der lustigen Seiten meiner Schnitzer oder unangenehmen Vorfällen.

- ☐ starke Ablehnung                      ☐ leichte Ablehnung                      ☐ leichte Zustimmung  
☐ starke Zustimmung

2.40 Mein Sinn für Humor ist das effektivste Mittel, um mit dem Stress in meinem Leben fertig zu werden.

- ☐ starke Ablehnung                      ☐ leichte Ablehnung                      ☐ leichte Zustimmung  
☐ starke Zustimmung

Bitte kontrollieren Sie, ob Sie **alle** Fragen beantwortet haben.

**Vielen Dank!**

Copyright McGhee 1993





# Evaluationsbogen

Organisation:	Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Teilbereich:	Einzelzugänge
Dozent:	Dipl. Soz. Arb. (FH) Sabine Link
Studie:	Dissertation
Umfrage:	2012_AHG_DL01_BSKE
Formular:	2012BSKE01
Datum:	18.03.2012 um 09:37:39

Hinweis: Bitte übergeben Sie das Deckblatt mit allen Fragebögen einem beliebigen Studierenden aus dieser Lehrveranstaltung.

Nach abgeschlossener Befragung werden die ausgefüllten Fragebögen durchgezählt und die Anzahl auf dem Deckblatt vermerkt. Das Deckblatt wird zusammen mit den Fragebögen in das Couvert eingesteckt und verschlossen. Der/die Studierende wird gebeten, das Couvert in der Poststelle des Fachbereiches abzugeben.

## Deckblatt

F2683U64295P0PLOV1D1

2012-03-18, Deckblatt



EvaSys	20120304_SL DISS_BSKE	Electric Paper

Markieren Sie so: ☐ ☒ ☐ ☐ Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.  
 Korrektur: ☐ ☒ ☐ ☐ Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

## 1. Allgemeine Daten

1.1 Fragebogen-Nummer (wird von der Untersuchungsleiterin eingetragen)

1.2 heutiges Datum

1.3 Teilnehmer-Code

1.4 Geburtsjahr (Bsp. 1980)

1.5 Geschlecht

☐ weiblich

☐ männlich

1.6 Zeitpunkt

☐ Start

☐ Ende

## 2. Frage zur Selbsterfahrung

Beschreiben Sie anhand der folgenden Begriffe, wie Sie sich *im Augenblick* fühlen. Entscheiden Sie bei jedem Begriff, in welchem Ausmaß er Ihrem *augenblicklichen* Befinden entspricht.

2.1 Gefühl der inneren Erregtheit (z. B. aufgeregt, erregt)

☐ gar nicht

☐ sehr schwach

☐ schwach

☐ etwas

☐ ziemlich

☐ stark

☐ sehr stark

2.2 Gefühl des seelischen Wohlbefindens (z. B. angenehm, zufrieden)

☐ gar nicht

☐ sehr schwach

☐ schwach

☐ etwas

☐ ziemlich

☐ stark

☐ sehr stark

2.3 Gefühl der Energielosigkeit (z. B. energielos, lahm)

☐ gar nicht

☐ sehr schwach

☐ schwach

☐ etwas

☐ ziemlich

☐ stark

☐ sehr stark

2.4 Gefühl der Kontaktfreudigkeit (z. B. kontaktfreudig, gesellig)

☐ gar nicht

☐ sehr schwach

☐ schwach

☐ etwas

☐ ziemlich

☐ stark

☐ sehr stark



## 2. Frage zur Selbsterfahrung [Fortsetzung]

- 2.5 Gefühl der Ängstlichkeit (z. B. ängstlich, angsterfüllt)
- |                                     |                                       |                                  |
|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gar nicht  | <input type="checkbox"/> sehr schwach | <input type="checkbox"/> schwach |
| <input type="checkbox"/> etwas      | <input type="checkbox"/> ziemlich     | <input type="checkbox"/> stark   |
| <input type="checkbox"/> sehr stark |                                       |                                  |
- 2.6 Gefühl der körperlichen Erregtheit (z. B. Herzklopfen, Muskelanspannung)
- |                                     |                                       |                                  |
|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gar nicht  | <input type="checkbox"/> sehr schwach | <input type="checkbox"/> schwach |
| <input type="checkbox"/> etwas      | <input type="checkbox"/> ziemlich     | <input type="checkbox"/> stark   |
| <input type="checkbox"/> sehr stark |                                       |                                  |
- 2.7 Gefühl der Aggressivität (z. B. aggressiv, angriffslustig)
- |                                     |                                       |                                  |
|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gar nicht  | <input type="checkbox"/> sehr schwach | <input type="checkbox"/> schwach |
| <input type="checkbox"/> etwas      | <input type="checkbox"/> ziemlich     | <input type="checkbox"/> stark   |
| <input type="checkbox"/> sehr stark |                                       |                                  |
- 2.8 Gefühl der Aktivität (z. B. aktiv, tatkräftig)
- |                                     |                                       |                                  |
|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gar nicht  | <input type="checkbox"/> sehr schwach | <input type="checkbox"/> schwach |
| <input type="checkbox"/> etwas      | <input type="checkbox"/> ziemlich     | <input type="checkbox"/> stark   |
| <input type="checkbox"/> sehr stark |                                       |                                  |
- 2.9 Gefühl der Empfindlichkeit (z. B. empfindlich, verletzbar)
- |                                     |                                       |                                  |
|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gar nicht  | <input type="checkbox"/> sehr schwach | <input type="checkbox"/> schwach |
| <input type="checkbox"/> etwas      | <input type="checkbox"/> ziemlich     | <input type="checkbox"/> stark   |
| <input type="checkbox"/> sehr stark |                                       |                                  |
- 2.10 Gefühl der inneren Entspannung (z. B. gelöst, entspannt)
- |                                     |                                       |                                  |
|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gar nicht  | <input type="checkbox"/> sehr schwach | <input type="checkbox"/> schwach |
| <input type="checkbox"/> etwas      | <input type="checkbox"/> ziemlich     | <input type="checkbox"/> stark   |
| <input type="checkbox"/> sehr stark |                                       |                                  |
- 2.11 Gefühl der Missstimmung (z. B. missgestimmt, übellaunig)
- |                                     |                                       |                                  |
|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gar nicht  | <input type="checkbox"/> sehr schwach | <input type="checkbox"/> schwach |
| <input type="checkbox"/> etwas      | <input type="checkbox"/> ziemlich     | <input type="checkbox"/> stark   |
| <input type="checkbox"/> sehr stark |                                       |                                  |
- 2.12 Gefühl der Wachheit (z. B. aufmerksam, wachsam)
- |                                     |                                       |                                  |
|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gar nicht  | <input type="checkbox"/> sehr schwach | <input type="checkbox"/> schwach |
| <input type="checkbox"/> etwas      | <input type="checkbox"/> ziemlich     | <input type="checkbox"/> stark   |
| <input type="checkbox"/> sehr stark |                                       |                                  |
- 2.13 Gefühl der Freude (z. B. freudig, fröhlich)
- |                                     |                                       |                                  |
|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gar nicht  | <input type="checkbox"/> sehr schwach | <input type="checkbox"/> schwach |
| <input type="checkbox"/> etwas      | <input type="checkbox"/> ziemlich     | <input type="checkbox"/> stark   |
| <input type="checkbox"/> sehr stark |                                       |                                  |
- 2.14 Gefühl der Traurigkeit (z. B. traurig, betrübt)
- |                                     |                                       |                                  |
|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gar nicht  | <input type="checkbox"/> sehr schwach | <input type="checkbox"/> schwach |
| <input type="checkbox"/> etwas      | <input type="checkbox"/> ziemlich     | <input type="checkbox"/> stark   |
| <input type="checkbox"/> sehr stark |                                       |                                  |



## 2. Frage zur Selbsterfahrung [Fortsetzung]

2.15 Gefühl der Selbstsicherheit (z. B. selbstsicher, selbstzufrieden)

- |                                     |                                       |                                  |
|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gar nicht  | <input type="checkbox"/> sehr schwach | <input type="checkbox"/> schwach |
| <input type="checkbox"/> etwas      | <input type="checkbox"/> ziemlich     | <input type="checkbox"/> stark   |
| <input type="checkbox"/> sehr stark |                                       |                                  |

2.16 Gefühl der Feindseligkeit (z. B. feindselig, misstrauisch)

- |                                     |                                       |                                  |
|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gar nicht  | <input type="checkbox"/> sehr schwach | <input type="checkbox"/> schwach |
| <input type="checkbox"/> etwas      | <input type="checkbox"/> ziemlich     | <input type="checkbox"/> stark   |
| <input type="checkbox"/> sehr stark |                                       |                                  |

2.17 Gefühl der Benommenheit (z. B. benommen, dösig)

- |                                     |                                       |                                  |
|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gar nicht  | <input type="checkbox"/> sehr schwach | <input type="checkbox"/> schwach |
| <input type="checkbox"/> etwas      | <input type="checkbox"/> ziemlich     | <input type="checkbox"/> stark   |
| <input type="checkbox"/> sehr stark |                                       |                                  |

2.18 Gefühl des Ärgers (z. B. ärgerlich, gereizt)

- |                                     |                                       |                                  |
|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gar nicht  | <input type="checkbox"/> sehr schwach | <input type="checkbox"/> schwach |
| <input type="checkbox"/> etwas      | <input type="checkbox"/> ziemlich     | <input type="checkbox"/> stark   |
| <input type="checkbox"/> sehr stark |                                       |                                  |

2.19 Gefühl der Müdigkeit (z. B. müde, schläfrig)

- |                                     |                                       |                                  |
|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gar nicht  | <input type="checkbox"/> sehr schwach | <input type="checkbox"/> schwach |
| <input type="checkbox"/> etwas      | <input type="checkbox"/> ziemlich     | <input type="checkbox"/> stark   |
| <input type="checkbox"/> sehr stark |                                       |                                  |

2.20 Gefühl der gehobenen Stimmung (z. B. gut gelaunt, heiter)

- |                                     |                                       |                                  |
|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gar nicht  | <input type="checkbox"/> sehr schwach | <input type="checkbox"/> schwach |
| <input type="checkbox"/> etwas      | <input type="checkbox"/> ziemlich     | <input type="checkbox"/> stark   |
| <input type="checkbox"/> sehr stark |                                       |                                  |

2.21 Gefühl der Konzentriertheit (z. B. konzentriert, ausdauernd)

- |                                     |                                       |                                  |
|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gar nicht  | <input type="checkbox"/> sehr schwach | <input type="checkbox"/> schwach |
| <input type="checkbox"/> etwas      | <input type="checkbox"/> ziemlich     | <input type="checkbox"/> stark   |
| <input type="checkbox"/> sehr stark |                                       |                                  |

2.22 Gefühl des Nach-innen-gekehrt-Seins (z. B. nach innen gekehrt, menschengleich)

- |                                     |                                       |                                  |
|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gar nicht  | <input type="checkbox"/> sehr schwach | <input type="checkbox"/> schwach |
| <input type="checkbox"/> etwas      | <input type="checkbox"/> ziemlich     | <input type="checkbox"/> stark   |
| <input type="checkbox"/> sehr stark |                                       |                                  |

2.23 Gefühl des körperlichen Unwohlseins (z. B. Übelkeit, Schwindel)

- |                                     |                                       |                                  |
|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gar nicht  | <input type="checkbox"/> sehr schwach | <input type="checkbox"/> schwach |
| <input type="checkbox"/> etwas      | <input type="checkbox"/> ziemlich     | <input type="checkbox"/> stark   |
| <input type="checkbox"/> sehr stark |                                       |                                  |

2.24 Gefühl der Verträumtheit (z. B. träumerisch, versunken)

- |                                     |                                       |                                  |
|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gar nicht  | <input type="checkbox"/> sehr schwach | <input type="checkbox"/> schwach |
| <input type="checkbox"/> etwas      | <input type="checkbox"/> ziemlich     | <input type="checkbox"/> stark   |
| <input type="checkbox"/> sehr stark |                                       |                                  |

Alle Aussagen bearbeitet?

Copyright Janke, Erdmann, Hüppe



# Evaluationsbogen

Organisation:	Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Teilbereich:	Einzelzugänge
Dozent:	Dipl. Soz. Arb. (FH) Sabine Link
Studie:	Dissertation
Umfrage:	2012_AHG_DL01_STHI-S
Formular:	2012STHIS1
Datum:	18.03.2012 um 09:40:10

Hinweis: Bitte übergeben Sie das Deckblatt mit allen Fragebögen einem beliebigen Studierenden aus dieser Lehrveranstaltung.

Nach abgeschlossener Befragung werden die ausgefüllten Fragebögen durchgezählt und die Anzahl auf dem Deckblatt vermerkt. Das Deckblatt wird zusammen mit den Fragebögen in das Couvert eingesteckt und verschlossen. Der/die Studierende wird gebeten, das Couvert in der Poststelle des Fachbereiches abzugeben.

## Deckblatt

F2679U49578P0PL0V1D1

2012-03-18, Deckblatt



EvaSys	20120304 SL DISS STHI-S	Electric Paper

Markieren Sie so: ☒ ☐ ☐ ☐ Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.  
 Korrektur: ☐ ☒ ☐ ☐ Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

## 1. Allgemeine Daten

- 1.1 Fragebogen-Nummer (wird von der Untersuchungsleiterin eingetragen)
- 1.2 heutiges Datum
- 1.3 Teilnehmer-Code
- 1.4 Geburtsjahr (Bsp. 1980)
- 1.5 Geschlecht  
☐ weiblich ☐ männlich
- 1.6 Einheit  

<input type="checkbox"/> Start	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Ende
- 1.7 Messzeitpunkt  
☐ vorher ☐ nachher

## 2. Frage zur Selbsterfahrung

Im folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, die sich auf Ihre augenblickliche Stimmung beziehen. Versuchen Sie bitte, Ihre momentane, gefühlsmäßige Stimmung zu beschreiben, indem Sie eine von vier Antwortalternativen ankreuzen.  
 Bitte bearbeiten Sie alle Aussagen!

- 2.1 Ich habe schlechte Laune.  
☐ trifft gar nicht zu ☐ trifft eher nicht zu ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.2 Ich bin ausgelassen.  
☐ trifft gar nicht zu ☐ trifft eher nicht zu ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.3 Ich bin eher auf Ernstes eingestellt.  
☐ trifft gar nicht zu ☐ trifft eher nicht zu ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu



EvaSys	20120304_SL_DISS_STHI-S	Electric Paper
--------	-------------------------	----------------

## 2. Frage zur Selbsterfahrung [Fortsetzung]

- 2.4 Ich bin betrübt.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.5 Mir gehen jetzt wichtige Dinge durch den Kopf.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.6 Ich bin fröhlich.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.7 Ich bin nachdenklich.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.8 Ich bin in gehobener Stimmung.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.9 Ich bin deprimiert.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.10 Meine Geisteshaltung ist durch Ernsthaftigkeit geprägt.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.11 Ich bin genervt.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.12 Ich bin heiter.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.13 Mir ist zum Lachen zumute.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.14 Ich bin traurig.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.15 Mir ist nicht nach Oberflächlichem zumute.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.16 Ich bin lustig.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu




EvaSys	20120304_SL_DISS_STHI-S	Electric Paper
--------	-------------------------	----------------

## 2. Frage zur Selbsterfahrung [Fortsetzung]

- 2.17 Ich bin ernst.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.18 Ich fühle mich unwohl.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.19 Ich bin verdrossen.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.20 Ich bin zu Späßen aufgelegt.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.21 Ich habe tiefergehende Gedanken.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.22 Ich bin verstimmt.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.23 Ich würde mich lieber mit ernstesten Dingen beschäftigen.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.24 Ich bin amüsiert.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.25 Ich betrachte meine Lage sachlich und nüchtern.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.26 Ich fühle mich niedergeschlagen.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.27 Ich bin beschwingt.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.28 Ich bin eher auf sinnvolle Dinge eingestellt.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.29 Ich bin vergnügt.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu





EvaSys	20120304_SL_DISS_STHI-S	 Electric Paper
--------	-------------------------	--

## 2. Frage zur Selbsterfahrung [Fortsetzung]

2.30 Ich bin in mißmutiger Stimmung.

☐ trifft gar nicht zu

☐ trifft eher nicht zu

☐ trifft etwas zu

☐ trifft sehr zu

Alle Aussagen bearbeitet?

*Vielen Dank!*

*Copyright Ruch, van Thriel & Köhler 1995*



## Evaluationsbogen

Organisation:	Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Teilbereich:	Einzelzugänge
Dozent:	Dipl. Soz. Arb. (FH) Sabine Link
Studie:	Dissertation
Umfrage:	2012_AHG_DL01_STHI-T
Formular:	2012STHIT1
Datum:	18.03.2012 um 09:41:01

Hinweis: Bitte übergeben Sie das Deckblatt mit allen Fragebögen einem beliebigen Studierenden aus dieser Lehrveranstaltung.

Nach abgeschlossener Befragung werden die ausgefüllten Fragebögen durchgezählt und die Anzahl auf dem Deckblatt vermerkt. Das Deckblatt wird zusammen mit den Fragebögen in das Couvert eingesteckt und verschlossen. Der/die Studierende wird gebeten, das Couvert in der Poststelle des Fachbereiches abzugeben.

## Deckblatt

F2681U48270P0PQV1D1

2012-03-18, Deckblatt



EvaSys	20120306_SL DISS_STH-T	Electric Paper
--------	------------------------	----------------

Markieren Sie so: ☒ ☐ ☐ ☐ Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.  
 Korrektur: ☐ ☒ ☐ ☐ Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

## 1. Allgemeine Daten

1.1 Fragebogen-Nummer (wird von der Untersuchungsleiterin eingetragen)

1.2 heutiges Datum

1.3 Teilnehmer-Code

1.4 Geburtsjahr (Bsp. 1980)

1.5 Geschlecht

☐ weiblich ☐ männlich

1.6 Messzeitpunkt

☐ Start ☐ Ende

## 2. Frage zur Selbsterfahrung

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihre Stimmungen und Ansichten im allgemeinen. Versuchen Sie bitte anhand der folgenden Aussagen Ihre üblichen Verhaltensweisen und Einstellungen so gut wie möglich zu beschreiben, indem Sie eine von vier Antwortmöglichkeiten ankreuzen. Die vier Alternativen lauten:

- ... trifft gar nicht zu
- ... trifft eher nicht zu
- ... trifft etwas zu
- ... trifft sehr zu

Sollten Sie einmal Schwierigkeiten haben, zu einer Frage Ihre Antwort zu finden, kreuzen Sie bitte die am ehesten zutreffende an. Kreuzen Sie bitte zu jeder Aussage eine der vier Antwortmöglichkeiten an, und lassen Sie keine Frage aus.

2.1 Auch schwierige Situationen gehe ich leichten Herzens an.

☐ trifft gar nicht zu ☐ trifft eher nicht zu ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.2 Im Gespräch vermeide ich bewusst Übertreibungen, Ausschmückungen oder Doppeldeutigkeiten, da sie nichts zur Aussage beitragen.

☐ trifft gar nicht zu ☐ trifft eher nicht zu ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu



EvaSys	20120306_SL_DISS_STHI-T	Electric Paper
--------	-------------------------	----------------

## 2. Frage zur Selbsterfahrung [Fortsetzung]

- 2.3 Meine Stimmung ist häufig nicht die beste.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.4 Ich tue selten etwas ohne vernünftigen Grund.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.5 Mein Alltag bietet mir oft Anlaß zum Lachen.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.6 Mir ist oft eher zum Weinen als zum Lachen zumute.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.7 Ich neige manchmal zur Oberflächlichkeit.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.8 Meine Mitmenschen haben häufig einen Grund, mich zu fragen, ob mir "eine Laus über die Leber gelaufen sei".  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.9 Ich lächle häufig.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.10 Ich bin ein ernster Mensch.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.11 Die gute Laune anderer wirkt ansteckend auf mich.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.12 Das Leben gibt mir wenig Grund zum Lachen.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.13 Die kleinen Dinge des Alltags finde ich oft komisch und erheitend.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.14 Die meisten meiner Freunde sind eher ernst und nachdenklich.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu
- 2.15 Es kann vorkommen, dass ich für längere Zeit in einer betäubten Stimmung bin.  
☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu



## 2. Frage zur Selbsterfahrung [Fortsetzung]

2.16 Ich bin auf größtmögliche Korrektheit bedacht.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.17 Ich gehe unbeschwert durchs Leben.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.18 Es gibt Tage, an denen ich mich innerlich leer fühle.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.19 Ich bin oft in heiterer Stimmung.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.20 Auch wenn man leicht als "humorlos" gilt: die trivialen und kindischen Dinge, welche andere Leute erheitern, kann man nur ablehnen.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.21 Oft bin ich in einer so trübsinnigen Stimmung, dass mir wirklich nicht zum Lachen zumute ist.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.22 Ich neige dazu, weit im voraus zu planen und mir langfristige Ziele zu stecken.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.23 Ich bin ein fröhlicher Typ.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.24 Manche verdrießliche Umstände können mir die Laune für längere Zeit verderben.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.25 Bei allem, was ich tue, bedenke ich stets die möglichen Folgen und vergleiche alle möglichen Vor- und Nachteile sorgfältig.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.26 Auch ohne besonderen Anlaß bin ich häufig verstimmt.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.27 Es fällt mir leicht, gute Laune zu verbreiten.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu



EvaSys	20120306_SL_DISS_STHI-T	Electric Paper
--------	-------------------------	----------------

## 2. Frage zur Selbsterfahrung [Fortsetzung]

2.28 Ich bin ein eher trauriger Mensch.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.29 Alltägliche Situationen nehme ich fast genauso wichtig wie außergewöhnliche Angelegenheiten.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.30 Ich lache gerne und viel.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.31 Einer meiner Grundsätze lautet: "Erst die Arbeit, dann das Vergnügen!"

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.32 Ich unterhalte meine Freunde gerne mit lustigen Geschichten.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.33 Es gibt häufig Tage, an denen der Spruch "ich bin mit dem falschen Fuß aufgestanden" gut meine Gemütsverfassung beschreibt.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.34 Lachen wirkt auf mich sehr ansteckend.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.35 Ich habe oft schlechte Laune.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.36 Im Kontakt mit anderen fällt mir auf, dass ich viel gründlicher über verschiedene Sachen nachgedacht habe.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.37 Meine "lieben" Mitmenschen geben mir oft Anlaß, verdrossen zu sein.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.38 Ich bin ein lustiger Mensch.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.39 Da Entscheidungen Konsequenzen nach sich ziehen, vermeide ich es, Angelegenheiten oberflächlich zu behandeln bzw. leichtfertige Entschlüsse zu fassen.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu



## 2. Frage zur Selbsterfahrung [Fortsetzung]

2.40 Ich habe die Erfahrung gemacht, dass an dem Sprichwort "Lachen ist die beste Medizin" wirklich etwas dran ist.

- ☐ trifft gar nicht zu                      ☐ trifft eher nicht zu                      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.41 Ich versuche, mich in meiner Freizeit möglichst sinnvoll zu beschäftigen.

- ☐ trifft gar nicht zu                      ☐ trifft eher nicht zu                      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.42 Ich denke oft: "Mensch, lasst mich heut bloß in Ruhe!"

- ☐ trifft gar nicht zu                      ☐ trifft eher nicht zu                      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.43 Auch scheinbare Kleinigkeiten bedürfen einer ernsthaften und verantwortungsvollen Behandlung.

- ☐ trifft gar nicht zu                      ☐ trifft eher nicht zu                      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.44 Ich bin ein heiterer Mensch.

- ☐ trifft gar nicht zu                      ☐ trifft eher nicht zu                      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.45 Beim Versuch, mich in eine heitere Stimmung zu versetzen, haben sich schon viele die Zähne ausgebissen.

- ☐ trifft gar nicht zu                      ☐ trifft eher nicht zu                      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.46 Ich bin häufig in einer mißmutigen Stimmung.

- ☐ trifft gar nicht zu                      ☐ trifft eher nicht zu                      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.47 Ich begeben mich nur ungern in die Gesellschaft von Leuten, die ständig herumläuf und ausgelassen-fröhlich sind.

- ☐ trifft gar nicht zu                      ☐ trifft eher nicht zu                      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.48 Ich bin leicht zum Lachen zu bringen.

- ☐ trifft gar nicht zu                      ☐ trifft eher nicht zu                      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.49 Auch unter fröhlichen Menschen versuche ich eher, ein vernünftiges, sachliches Gespräch zu führen, als mich an Späßen der anderen zu beteiligen.

- ☐ trifft gar nicht zu                      ☐ trifft eher nicht zu                      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.50 Ich nehme die Dinge, wie sie kommen.

- ☐ trifft gar nicht zu                      ☐ trifft eher nicht zu                      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.51 Verglichen mit anderen, kann ich ganz schön mürrisch und griesgrämig werden.

- ☐ trifft gar nicht zu                      ☐ trifft eher nicht zu                      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu



EvaSys	20120308_SL_DISS_STHI-T	Electric Paper
--------	-------------------------	----------------

## 2. Frage zur Selbsterfahrung [Fortsetzung]

2.52 Ich bin häufig in einer vergnügten Stimmung.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.53 Ich tue nur Dinge, die einen gewissen Sinn ergeben; alles andere ist unnütze Zeitverschwendung und zwecklos.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.54 Ich bin manchmal auch ohne Grund ganz traurig.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.55 Ich mag Menschen, die Überlegung und Sachlichkeit ausstrahlen.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.56 Ich habe ein sonniges Gemüt.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.57 Die Gegenwart anderer Menschen, die lustig und ausgelassen sind, kann mir ganz schön auf die Nerven gehen.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.58 Im Kontakt mit anderen Menschen bin ich immer um einen sachlich-nüchternen Gedankenaustausch bemüht.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.59 Ich bin häufig niedergeschlagen.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

2.60 Die kleinen Missgeschicke des Alltags finde ich oft amüsant, selbst wenn sie mich betreffen.

- ☐ trifft gar nicht zu      ☐ trifft eher nicht zu      ☐ trifft etwas zu  
☐ trifft sehr zu

Bitte überprüfen Sie abschließend noch einmal, ob Sie alle Aussagen bearbeitet haben.

*Vielen Dank!*

*Copyright Ruch, van Thiel & Köhler 1995*





## Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbst-ständig verfasst, ganz oder in Teilen noch nicht als Prüfungsleistung vorgelegt und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Sämtliche Stellen der Arbeit, die benutzten Werken im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, habe ich durch Quellenangaben kenntlich gemacht. Dies gilt auch für Zeichnungen, Skizzen, bildliche Darstellungen und dergleichen sowie für Quellen aus dem Internet. Mir ist bewusst, dass es sich bei Plagiarismus um akademisches Fehlverhalten handelt, das sanktioniert werden kann.

Koblenz, 19.12.2013

„Beppo liebte diese Stunden vor Tagesanbruch, wenn die Stadt noch schlief. Und er tat seine Arbeit gerne und gründlich. Er wusste, es war eine sehr notwendige Arbeit.

Wenn er so die Straße kehrte, tat er es langsam, aber stetig. Bei jedem Schritt einen Atemzug und bei jedem Atemzug einen Besenstrich. Schritt – Atemzug – Besenstrich. Schritt – Atemzug – Besenstrich. Dazwischen blieb er manchmal ein Weilchen stehen und blickte nachdenklich vor sich hin. Und dann ging es wieder weiter – Schritt – Atemzug – Besenstrich ---. (...)“

Michael Ende, Momo